EM/HEC/040/F



Examen du système de santé au Maroc : défis et opportunités pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle

De l’engagement politique à la mise en œuvre d’une politique de santé

Rapport de Mission de l’OMS au Maroc

18-24 novembre 2012

Auteurs : Sameen Siddiqi (EMRO), Yves Souteyrand (WCO Maroc), Ibrahim Abdelrahim (EMRO), Denis Porignon (HQ) , Awad Mataria (EMRO), avec le soutien de Ahmed Chahir, Samira Jabaland et Ghassane El Falah (WCO Maroc)

**Table des matières**

[Acronymes 4](#_Toc353443110)

[Résumé d’orientation 5](#_Toc353443111)

[1. Préambule et objectifs de la mission 8](#_Toc353443123)

[2. État démographique, socio-économique et sanitaire 9](#_Toc353443124)

[2.1 Profil démographique et socio-économique 9](#_Toc353443125)

[2.2 État de santé de la population 10](#_Toc353443126)

[2.3 Évolution des réformes de santé 11](#_Toc353443127)

[3. Défis du système de santé au Maroc : analyse de la situation 11](#_Toc353443128)

[3.1 Gouvernance 11](#_Toc353443129)

[3.2 Financement 15](#_Toc353443130)

[3.3 Personnels de santé 21](#_Toc353443131)

[3.4 Prestation de services 25](#_Toc353443132)

[3.5 Médicaments et produits pharmaceutiques essentiels 30](#_Toc353443133)

[3.6 Système d’information sanitaire 32](#_Toc353443134)

[4. Synthèse des défis et priorités du système de santé 33](#_Toc353443135)

[5. Orientations stratégiques et principales mesures à prendre 35](#_Toc353443136)

[6. Rôle et contribution de l’OMS et des partenaires 41](#_Toc353443137)

[7. Annexes 42](#_Toc353443138)

[7.1 Annexe I : objectifs de la mission 42](#_Toc353443139)

[7.2 Annexe II : Liste des personnes rencontrées et interviewées 42](#_Toc353443140)

# Acronymes

|  |  |
| --- | --- |
| AMI | Assurance-maladie des indépendants |
| AMO | Assurance-maladie obligatoire de base |
| ANAM | Agence nationale d’assurance-maladie |
| BCG | Bacille Calmette-Guérin |
| BOSS | Applications informatiques spécialisées dans la dispensation de soins de santé |
| CIM | Classification internationale des maladies |
| CNOPS | Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale |
| CNSS | Caisse nationale de sécurité sociale |
| IDH | Indice de développement humain |
| MAD | Dirham marocain |
| NICT | Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication |
| OCDE  OMS  PIB  PPA  RAMED  SEGMA  SSP | Organisation de Coopération et de Développement Économiques  Organisation mondiale de la Santé  Produit intérieur brut  Parité de pouvoir d’achat  Régime d’assistance médicale  Services de l’État gérés de manière autonome  Soins de santé primaires |
| SNIS | Système national d'information sanitaire |
| SROS | Schéma régional d'organisation des soins |

# Résumé d’orientation

# Préambule et objectifs de la mission

Le Maroc a introduit un amendement historique à sa Constitution en 2011 en vertu duquel l’accès aux soins de santé a été reconnu comme droit humain fondamental. Cela a offert une occasion unique de réformer le système de santé afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Le ministère de la Santé prévoit un colloque national de haut niveau en juillet 2013 pour discuter de l'avenir du système de santé au Maroc. À cet effet, une mission a été organisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en novembre 2012 en vue d’évaluer les diverses composantes du système de santé au Maroc, d’engager un dialogue sur les défis qui doivent être relevés, et de discuter de la Conférence planifiée et de l’appui de l'OMS.

# Situation démographique, socio-économique et sanitaire

Le Maroc démontre un niveau avancé de transition épidémiologique. S’il y a eu une réduction significative de la mortalité maternelle et infantile au cours de la dernière décennie, des améliorations sont encore possibles. Le Maroc est un bon exemple de transition sanitaire, associant croissance économique, baisse du taux de fécondité, diminution globale des maladies transmissibles avec la persistance de certaines maladies infectieuses telles la tuberculose et l’infection à VIH, et l'apparition de maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer. D'après les données actuellement disponibles, près de 40  % des décès au Maroc sont liés à des maladies non transmissibles.

# Défis du système de santé au Maroc : analyse de la situation

# *Gouvernance*

Le ministère de la Santé est le principal garant du système de santé, chargé du financement, de la réglementation et de la prestation des services de santé du secteur public, outre la production de personnels de santé. Le plan stratégique quinquennal est le principal instrument de mise en œuvre des politiques et des priorités nationales en matière de santé. Toutefois, le processus de planification est « descendant » ; il manque de continuité, d'intégration et d'évaluation systématique, et souffre d'une faible participation des régions et des autres parties prenantes. Une politique de *décentralisation* a été adoptée mais la plupart des décisions continuent d'être prises au niveau central. La capacité globale d’élaborer des lois et des règlements et de garantir leur mise en œuvre reste limitée. La mauvaise qualité des soins dans les établissements du secteur public et l'environnement réglementaire laxiste ont encouragé un secteur privé florissant.

# *Financement*

Le Maroc s’est engagé à mettre en place une couverture sociale universelle. Il a réussi à augmenter ses dépenses totales de santé pour atteindre 6,2 % de son PIB en 2010 (181 US dollars par habitant). La part élevée des paiements directs qui représentent 53,6 % des dépenses totales de santé en 2010, continue toutefois de constituer un défi majeur. Près de 62 % de la population marocaine sont couverts par deux régimes principaux: i) le régime d'assurance-maladie obligatoire de base (AMO) et ii) le régime d'assistance médicale (RAMED). Le régime d’AMO est actuellement géré par deux institutions : la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) et la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS),

qui offrent une couverture aux employés du secteur public et aux employés du secteur privé formel, respectivement. Couvrir le secteur informel reste un défi majeur. En outre, la mise en place de systèmes efficaces pour l’achat et le paiement des prestataires reste nécessaire pour améliorer la performance et la viabilité du système de santé.

# Personnels de santé

Le Maroc souffre d'une crise des personnels de santé, accentuée par une mauvaise répartition de ses ressources humaines existantes. Malgré l'augmentation récente du nombre de médecins et d'infirmières, l'absence de mesures incitatives permettant d’attirer et de fidéliser les travailleurs dans le secteur de la santé - en particulier dans les zones rurales - aggrave la situation. Bien qu’interdite par la loi, la double pratique est très répandue. D'autres défis sont liés à l'éventail inapproprié des qualifications et à la main-d'œuvre vieillissante. Le Maroc dispose actuellement de quatre écoles publiques de médecine et de 23 établissements publics de formation d’infirmières et autres personnels de santé auxiliaires. En ce qui concerne la gestion du personnel, plusieurs défis sapent la performance, notamment: l’absence de motivation, les faibles mécanismes de réglementation, la décentralisation inefficace de la gestion du personnel, et l'émigration.

# Prestation de services

Le système de prestation est basé sur une structure pyramidale des prestataires publics et privés. L'accessibilité géographique reste un défi, 20 % de la population vivant à une distance de plus de 10 kilomètres d'un établissement de soins de santé primaires. Un ensemble minimum de services est bien défini au niveau primaire. Un schéma régional d'organisation des soins (SROS) a été mis au point pour renforcer le réseau des établissements de santé. Cependant, de nombreux programmes spécialisés fragmentés coexistent toujours. La dispensation de soins par le secteur privé a augmenté, et reste axée sur les soins ambulatoires et hospitaliers. Satisfaire la demande croissante induite par la couverture améliorée est un défi majeur. Parmi les autres défis à relever, l’on peut mentionner les inégalités d'accès, la qualité sous-optimale, et les attentes croissantes de la population.

# Médicaments et produits pharmaceutiques essentiels

L’on observe une évolution positive vers l’amélioration de l'accès aux médicaments dans le pays. Des lois et règlementations sont mises en place, bénéficiant d'une industrie pharmaceutique nationale bien développée. Toutefois, le prix des médicaments reste trop élevé par rapport à la plupart des pays voisins, se traduisant par des dépenses élevées dans ce domaine. Réglementer et gérer le marché des médicaments continuent de constituer un défi, fortement ancré dans de nombreux conflits d'intérêts, appelant un besoin urgent de rationaliser l'utilisation des médicaments.

# Système d’information sanitaire

Le système d'information sanitaire au Maroc est basé sur un plan national élaboré en 2005 pour mettre en œuvre les actions suivantes : promouvoir la maîtrise de l'information ; introduire des méthodes modernes de collecte de données et rationaliser l'organisation et la gestion de l'information de qualité. Cependant, des systèmes parallèles de collecte de données continuent d'exister et la transmission de l'information de la périphérie vers le centre reste un défi. Des enquêtes nationales sur la population et la santé familiale sont effectuées tous les 5 à 6 ans. Une évaluation récente du système d’enregistrement et de statistiques des faits d'état civila montré de nombreuses lacunes. La mauvaise utilisation de l'information pour le processus de prise de décision (par exemple, l'utilisation inadéquate de l'Observatoire régional de la santé par les administrateurs et gestionnaires), l’absence de coordination et le retard dans la transmission des données sont autant de défis supplémentaires.

# Priorités et orientations stratégiques

* Développer une vision et une stratégie pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle.
* Renforcer les capacités du ministère de la Santé en matière de formulation et d'évaluation de politiques et plans fondées sur des bases factuelles, et réglementer le secteur de la santé.
* Atteindre un niveau adéquat et durable de financement et réduire la part des paiements directs.
* Renforcer l’aide possible du secteur privé de la santé à la santé publique, et le réglementer pour garantir la qualité et éviter les mauvaises pratiques.
* Développer un personnel de santé équilibré, motivé, bien réparti et géré, disposant d’une palette de compétences adéquate.
* Adopter des modèles de médecine familiale réalisables pour la prestation de services de soins primaires.
* Renforcer les systèmes d'information sanitaire, y compris l’enregistrement des faits d’état civil, la surveillance des facteurs de risque et de morbidité et la performance des systèmes de santé.
* Améliorer l'accès et l'utilisation rationnelle des technologies et médicaments essentiels.

# Rôle et contribution de l’OMS et des partenaires

* Contribuer à l'organisation et au contenu d’un colloque national et apporter un appui à la préparation du « Livre Blanc » et de la « Charte ».
* Continuer à fournir une expertise technique dans les domaines prioritaires du système de santé, identifiés avec le ministère de la Santé, y compris dans les domaines de la planification, de la gouvernance, des ressources humaines, des systèmes d'information sanitaire, de la prestation et du financement des services de santé.
* Collaborer avec d'autres partenaires afin d'apporter des réponses appropriées et complètes aux besoins du pays en termes de support technique.
* Aligner la stratégie de coopération avec le pays pour la période 2014-2019 entre le Royaume du Maroc et l'OMS avec les priorités définies dans le « Livre Blanc » et la « Charte ».
* Travailler avec les autorités nationales et les principaux partenaires en vue d'améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données pour assurer le suivi et l'évaluation de la réponse et consigner les succès.

**Examen du système de santé au Maroc : défis et opportunités pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle**

# Préambule et objectifs de la mission

Le Royaume du Maroc a introduit un amendement historique à sa Constitution en 2011 en vertu duquel l’accès aux soins de santé a été reconnu comme droit humain fondamental[[1]](#footnote-1). Ce changement offre une occasion unique de mettre au point un ensemble de réformes qui pourrait contribuer à accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU), ainsi qu’à accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Toutefois, les résultats souhaitables ne seront pas atteints spontanément et exigent que le pays se lance dans une série de réformes sanitaires fondées sur des preuves et bien planifiées au cours de la prochaine décennie pour atteindre le noble objectif de la CSU.

Reconnaissant l'importance primordiale de cet amendement constitutionnel, le ministère de la Santé a lancé une vague de réformes sanitaires structurelles et programmatiques, qui sont actuellement à des stades différents d’avancement et de mise en œuvre. Afin de compléter ces réformes et de garantir leur réussite, le ministère de la Santé prévoit un colloque national de haut niveau en juillet 2013 pour atteindre un niveau maximal d’appropriation et de participation de toutes les parties prenantes à travers le pays.

Lors de la visite de Son Excellence le Professeur Houssaine Louardi, Ministre de la Santé du Maroc, au Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale en juin 2012, ce dernier a demandé au Dr Ala Alwan, Directeur régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale, le soutien technique de l'Organisation, en particulier pour :

1. organiser une visite au Maroc d’une équipe de l'OMS en vue de travailler avec le ministère de la Santé afin d’évaluer les différents éléments /composantes du système de santé ;
2. engager un dialogue sur la politique avec les principales parties prenantes afin de discuter des défis auxquels fait face le renforcement du système de santé au Maroc et d’identifier les opportunités et les options pour y remédier ; et
3. contribuer à la conceptualisation et à la préparation de la Conférence sur le système national de santé et apporter et partager les expériences réussies régionales et internationales en matière de réforme du secteur de la santé.

L'OMS a organisé une mission[[2]](#footnote-2) représentant les trois niveaux de l'organisation, qui a visité le Maroc entre le 18 et 24 novembre 2012 pour fournir le soutien technique nécessaire et les conseils en matière de politique sur le renforcement du système de santé. Avant la mission, l'équipe a entrepris un examen approfondi d'un large éventail de documents sur la santé et le système de santé au Maroc. Au cours de la mission, les membres de l’équipe ont engagé des discussions approfondies avec des cadres supérieurs du ministère de la Santé, des sociétés d'assurance-maladie, des établissements universitaires, des organisations de la société civile et des représentants du secteur privé. En outre, les membres de l’équipe de la mission se sont rendus dans les régions de Settat et Rabat pour se familiariser avec les défis et les opportunités sur le terrain, et ont visité certains hôpitaux et centres de soins primaires.

Les membres de l’équipe tiennent à remercier le ministère de la Santé pour son hospitalité et l’important soutien fourni, notamment la Direction de la planification et des ressources financières et la Direction des hôpitaux et soins ambulatoires, qui ont aidé à l'organisation de cette mission.

# État démographique, socio-économique et sanitaire

# Profil démographique et socio-économique

La population marocaine est un riche mélange culturel multiethnique de traditions européennes, africaines arabo-musulmanes, orientales et euro-méditerranéennes. Le Maroc s’urbanise à grande vitesse et ses populations urbaines ont doublé au cours des cinq dernières années – pour atteindre près de 60 % de ses 32 millions d'habitants. Au cours de la même période, le taux annuel de croissance démographique est passé de 2,7 à 1 %. Près de 30 % de la population marocaine est âgée de moins de 15 ans. Avec un taux de fécondité de 2,6 en 2011 (3,1 en 2000) et une espérance de vie à la naissance de 74,8 ans en 2010 (73,9 et 75,6 pour les hommes et les femmes, respectivement)[[3]](#footnote-3), le Maroc démontre un niveau avancé de transition démographique.

Bien que l'éducation au Maroc soit gratuite et obligatoire à l'école primaire, de nombreux enfants (particulièrement les filles dans les zones rurales) ne sont pas scolarisées. Le taux d'analphabétisme du pays plafonne à près de 43 % depuis quelques années, et le taux d'alphabétisation des filles vivant dans les zones rurales ne dépasse pas 10 %. Le Tableau 1 résume les indicateurs socio-économiques et de développement du pays.

**Tableau1 : Indicateurs socio-économiques et de développement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **2006** | **2008** | **2010** |
| Indice de développement humain (IDH) | 0,53 | 0,562 | 0,567 |
| Classement selon l’IDH | 123 | 126 | 114 |
| Taux d’alphabétisation | 51,9 | 55 | 56,4 |
| Taux d’alphabétisation des femmes | 39,6 | 43 | 44 |
| Taux de participation des femmes à la population active | 26 | 27 | 26 |
| Taux de scolarisation dans les écoles primaires | 88 | 89 | 90 |
| Enseignement primaire, élèves (% de filles) | 46 | 47 | 47 |
| Population urbaine (%) | 56 | 57 | 57 |

Source : Rapport sur le Développement humain 2010

**Tableau 2: les indicateurs[[4]](#footnote-4) de l'état de santé**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** |  | **2006** | **2008** | **2010** |
| Population (en millions) |  | 30,7 | 31,3 | 32,0 |
| Espérance de vie à la naissance (en années) |  | ND | 72 | 74.8 |
| Taux de mortalité néonatale |  | 24 | 23 | 20 |
| Taux de mortalité infantile (pour 1 000) |  | 34 | 32 | 30,2 |
| Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000) |  | 37 | 37 | 36,2 |
| Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) |  | 227 | ND | 112 |

Le Maroc est résolument engagé sur la voie de la reprise économique après une période de stagnation dans les années 90, avec une gestion macroéconomique saine et une croissance soutenue dans les secteurs non agricoles. L'économie a relativement bien résisté au récent ralentissement économique mondial. La croissance en 2011 a été estimée à 5 %, contre 3,6 % en 2010. Au cours de l'année 2012, le PIB devrait croître de 3 %. Les dépenses publiques ont augmenté ces dernières années, le gouvernement ayant cherché à satisfaire les demandes de la population à la suite du printemps arabe et à atténuer l'impact de la crise mondiale. Les subventions ont augmenté de façon spectaculaire en 2011 et 2012, atteignant 6,4 % du PIB. Le déficit budgétaire a atteint 5,2 % du PIB à la mi-2012, contre 4 % à la mi-2011.[[5]](#footnote-5)

# État de santé de la population

Dans l'ensemble, une nette amélioration dans les indicateurs de l'état de santé de la population marocaine a été enregistrée au cours des cinq dernières décennies. Le taux de mortalité maternelle a baissé, passant de 227 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la dernière décennie, et le taux de mortalité infantile est passé de 40 à 30,2 décès pour 1 000 naissances vivantes durant de la même période ; la mortalité néonatale est la principale composante dans ce taux [20 pour 1 000 naissances vivantes] [Tableau 2].

Le Maroc a connu une diminution de l'incidence de la rougeole : de 6 000 cas en 2002 à 600 cas en 2011, et une stabilité dans le nombre de cas de tuberculose détectés (environ 27 500 nouveaux cas en 2011). Environ 40 % des causes de décès sont liées au cancer, aux maladies métaboliques (essentiellement le diabète) et aux maladies cardio-vasculaires. D'un point de vue épidémiologique, le Maroc est un bon exemple de transition sanitaire, associant croissance économique, baisse du taux de fécondité, régression globale des maladies transmissibles avec la persistance de certains problèmes spécifiques infectieux comme la tuberculose, l’infection à VIH, les maladies émergentes et réémergentes, et l'émergence de maladies chroniques telles les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les cancers. Ceci est corroboré par les tendances pathologiques actuelles dans le pays et les principales causes de mortalité, qui donnent à penser que le Maroc fait face actuellement à une double charge de maladies non transmissibles et de

**Tableau 3 : 10 causes principales de mortalité**

|  |  |
| --- | --- |
| **Classement** | **Mortalité** |
| 1. | Maladies cardio-vasculaires |
| 2. | Tumeurs et cancers |
| 3. | Affections périnatales |
| 4. | Traumatismes et blessures |
| 5. | Troubles endocriniens et métaboliques |
| 6. | Maladies respiratoires |
| 7. | Maladies transmissibles |
| 8. | Troubles du système génito-urinaire |
| 9. | Troubles du système digestif |
| 10. | Troubles du système nerveux |

Source : Ministère de la Santé

maladies transmissibles. Dès 1992, les maladies non transmissibles étaient déjà responsables de 56 % de la charge de morbidité dans le pays. Selon le ministère de la Santé, les 10 principales causes de mortalité au Maroc en 2010 concernaient principalement des maladies non transmissibles [Tableau 3].

# Évolution des réformes de santé

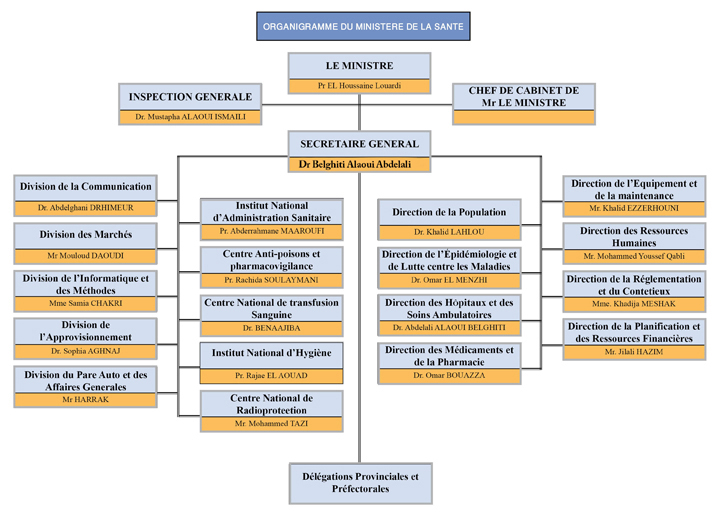
Le Maroc a connu au cours des trois dernières décennies une série de réformes du secteur de la santé qui visent à corriger les dysfonctionnements et les inégalités du secteur qui réduisent son efficacité et son efficience. Le plan d'action 1981-1985 a lancé la première réforme de la santé au Maroc et était axée sur les soins de santé primaires. Cette réforme a permis l’augmentation du nombre de centres de santé, l'intensification des programmes prioritaires de santé publique, et en particulier la réorganisation des services de santé primaires. À la fin des années 90, la deuxième vague de réformes de santé a été mise en œuvre et comprenait trois composantes principales: i) la réforme du financement des soins de santé, ii) la réforme des hôpitaux et iii) la régionalisation. Les plans stratégiques pour la période 1999-2003 et 2003-2007 se sont concentrés sur la mise en œuvre de ces réformes. Depuis 2007, le ministère de la Santé a réaffirmé sa détermination à consolider les acquis des réformes antérieures et en même temps a introduit une nouvelle approche axée sur les citoyens et les patients, et les nouvelles priorités en matière de santé. Des évaluations plus profondes des résultats et de l'impact de ces réformes sur le développement du système de santé sont nécessaires.

# Défis du système de santé au Maroc: analyse de la situation

# Gouvernance

*Le ministère de la Santé est le principal garant des systèmes de santé au Maroc*. Il est doté d’une structure complexe dirigée par le Ministre en étroite collaboration avec le Secrétaire Général. Le ministère de la Santé regroupe huit directions qui couvrent différents aspects, y compris la planification et les ressources financières, la réglementation et l’inspection, les ressources humaines, la surveillance des maladies, les

**Figure 1: Organigramme du ministère de la Santé**

****

**Inspecteur General**

médicaments et équipement essentiels, et les programmes prioritaires. Bien que les hôpitaux universitaires soient placés sous la supervision du cabinet du ministre, ils sont gérés directement par le Bureau du Secrétaire général. En outre, le Secrétaire Général supervise le travail des 16 directions régionales de la santé [Figure 1].

Le ministère de la Santé est le principal organisme responsable du financement, de la réglementation et de la prestation de services publics de santé dans le pays. Il possède un réseau complexe de près de 2 700 établissements de soins de santé primaires et 142 hôpitaux. La production de personnels de santé est une caractéristique qui est particulièrement contrôlée par le ministère de la Santé. Historiquement, les établissements chargés de la production des différents cadres, en particulier les écoles de médecine, ont toujours relevé du secteur public. L’on peut donc observer une tradition de commandement et de contrôle plutôt strictes par le secteur public dans quasiment tous les domaines du système de santé, en particulier dans les domaines liés à la production des personnels et à la prestation de services.

Le plan stratégique quinquennal à moyen terme élaboré par le ministère de la Santé est le principal instrument de mise en œuvre des politiques et priorités nationales de santé dans le pays. La Direction de la Planification et des Ressources financières au sein du ministère de la Santé coordonne cet effort. Au moins trois de ces plans ont été élaborés et mis en œuvre pour les périodes 1999-2003, 2003-2007 et 2008-2012 – et un plan d'action pour la période 2012-2016 a récemment été publié. Malgré une Direction bien organisée et dotée en personnel, certaines questions suscitent des préoccupations. Premièrement, le processus de planification est relativement « descendant » et la participation des directions régionales est limitée, les parties prenantes du secteur privé ne participent pas suffisamment aux processus de réflexion stratégique ou de d’élaboration de plans. Deuxièmement, la mise en œuvre du plan fait face à de nombreux défis et nécessite souvent des interventions au niveau ministériel pour permettre la mise à disposition et l'utilisation des ressources prévues. Troisièmement, les plans quinquennaux de santé n’ont pas été évalués. Enfin, le processus de planification a également été influencé par l'approche du ministère de la Santé qui prône l’élaboration de programmes verticaux pour la prise en charge de certaines maladies comme le diabète, l'hypertension, les maladies respiratoires, l’infection à VIH/sida et le cancer en particulier dans le cadre des soins ambulatoires, qui ne sont toujours pas intégrés dans le système de prestation de soins général au niveau périphérique.

Une politique de décentralisation des services de santédu niveau central vers les 16 directions régionales de la santé a été mise en place. Même si une « analyse de l'espace décisionnel »[[6]](#footnote-6) complète du niveau de redistribution de l'autorité et de la responsabilité n'a pas été entreprise au cours de la mission, une visite aux deux directions régionales de Settat et Rabat a corroboré le fait que la plupart des décisions continuent d'être prises au niveau central. Par exemple, les directeurs régionaux ne sont pas habilités à recruter, transférer, ou sanctionner les personnels ou leur accorder des mesures incitatives. De même, ils disposent de pouvoirs financiers et d’une marge de manœuvre restreints en matière d’utilisation du budget reçu, et ont une capacité limitée de développement de plans régionaux de santé.

Malgré l'existence de deux structures connexes au sein du ministère de la Santé, la capacité globale d’élaborer des lois et règlements et de veiller à leur application est limitée. La Direction de la réglementation et du contentieux est chargée de la préparation des lois de santé publique et autres lois sur la santé et gère le processus de leur soumission et, finalement, de leur promulgation par le Parlement. Ces lois et règlements mettent souvent plusieurs années pour être ratifiés par le Parlement, sans compter leur application. Un bon exemple est la loi relative à la Convention-cadre pour la lutte antitabac, qui est en attente d'approbation depuis plusieurs années.

Le Bureau de l'Inspection Générale est principalement chargé de mettre en œuvre les lois approuvées, d’accroître la transparence et la reddition de comptes, et de contrôler les pratiques immorales et frauduleuses. Des centaines de plaintes sont déposées à l’inspection générale chaque année. Le mécanisme de recours est plutôt faible et selon l'Inspecteur Général, «le principal rôle et la fonction essentielle de ce bureau est d'enquêter sur les plaintes et de les signaler aux niveaux supérieurs (seulement au Ministre). Il n'a pas été autorisé à prendre des décisions ou des actions, qui relèvent en grande partie du pouvoir du Ministre de la Santé ».

Malgré l'existence d'un système de carte sanitaire pour rationaliser et réglementer la création d’établissements de soins de santé publics et privés et surveiller le déploiement des personnels, en pratique, ce système ne semble pas être mis en œuvre. Ceci est corroboré par la concentration des ressources de soins de santé dans les métropoles urbaines du pays.

L’on observe un réseau foisonnant de prestataires privés qui comprend près de 1 800 cliniques et hôpitaux. La mauvaise qualité des soins au sein des établissements du secteur public, l'environnement réglementaire laxiste, et les possibilités limitées et croissantes d’accords contractuels avec les principaux organismes payeurs, en particulier les institutions qui gèrent les régimes d'assurance-maladie obligatoire, font partie des facteurs qui sous-tendent le développement du secteur privé. Les hôpitaux privés ont un statut juridique défini comme « société civile professionnelle », ce qui limite la responsabilité de leurs propriétaires ou actionnaires qui sont par ailleurs tenus par la loi d'être des professionnels de la santé. Ainsi, l'investissement privé direct dans le secteur de la santé par des non-médecins n'est pas autorisé. Il n'existe pas d'incitations fiscales ou autres subventions pour ceux qui envisageraient d'investir dans la

prestation de services privés. Ils ne sont pas autorisés à facturer au-delà des frais négociés avec les assureurs. De ce fait, l’on peut observer une tendance à investir dans des équipements de pointe et à se spécialiser dans les disciplines chirurgicales (par exemple, la chirurgie cardiaque et la lithotritie) et l'imagerie médicale.

Le système de gouvernance des institutions financières est segmenté de fait du chevauchement des responsabilités fonctionnelles entre le ministère de la Santé et d’autres organismes d'assurance. Il s'agit d'un système relativement complexe qui est abordé dans la section sur le financement de la santé.

L’amendement récent de la Constitution en vertu duquel l’accès aux soins de santé a été reconnu comme droit humain fondamental a offert une occasion unique au ministère de la Santé d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle au cours de la prochaine décennie. De nombreux défis liés à la gouvernance restent toutefois à relever. Au cours des discussions avec plusieurs parties prenantes des secteurs public et privé, ces dernières ont exprimé leurs préoccupations au sujet de l’absence de continuité des politiques, signalant que tout changement de direction du ministère de la Santé s’accompagnait invariablement d’un changement de priorités. Plusieurs individus ont mis l’accent sur la nécessité de développer des mécanismes appropriés garantissant une plus grande transparence dans le processus décisionnel et l’amélioration de la reddition de comptes de la part des décideurs envers leur population. Une opinion a été exprimée par plusieurs membres du personnel de moyen et haut niveau, à savoir que ce n’est peut-être pas le financement mais plutôt la gouvernance qui peut constituer le plus sérieux défi à la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

* **Principaux défis en matière de gouvernance**
* Malgré la structure complexe du ministère de la Santé, ce dernier doit consolider son rôle en tant que principal garant du système de santé, en augmentant sa collaboration avec d'autres secteurs, en établissant des partenariats avec le secteur privé, et en favorisant une plus grande approche multisectorielle et l’inclusion de la santé dans toutes les politiques ;
* Le service de la planification au sein du ministère de la Santé est bien doté en personnel, et est responsable de l'élaboration des plans quinquennaux à moyen terme. La mise en œuvre de ces plans est un défi, et ceux-ci ne sont pas bien suivis et évalués ;
* La capacité du ministère de la Santé à promulguer des lois et à appliquer des règlements est limitée. Une grande partie de la fonction d'inspection se limite aux enquêtes et à la présentation de rapports avec un rôle restreint pour la détermination du suivi des actions ;
* Le système de *carte sanitaire* n'est pas mis en œuvre pour rationaliser le développement et la distribution des infrastructures sanitaires dans les secteurs public et privé ;
* Une politique de *décentralisation* du pouvoir et de la responsabilité du ministère de la Santé vers les 16 directions régionales de la santé a été mise en place. En pratique, les pouvoirs n'ont pas été correctement délégués aux régions, notamment en matière de gestion des personnels de santé, et un sentiment de frustration est éprouvé dans l'exercice de ces pouvoirs ;
* La gouvernance des institutions financières est segmentée du fait du chevauchement des responsabilités fonctionnelles entre le ministère de la Santé et d'autres organismes d'assurance.

# Financement

Le Maroc a réussi à augmenter de façon constante ses dépenses totales de santé au cours de la dernière décennie – lesquelles sont passées de 18,9 milliards de dirhams (1,7 milliard de dollars) en 2001 à 47,8 milliards de dirhams (5,8 milliards de dollars) en 2010, soit une hausse moyenne annuelle par habitant de 12,2 % (de 57,5 à 181 dollars). Les résultats des trois cycles des Comptes nationaux de la santé (CNS) de 1997/1998, 2001 et 2010, et les estimations et les projections qui en découlent mènent à penser que le financement de la santé a évolué à plusieurs égards. Le Tableau 4 résume les tendances des principaux indicateurs des dépenses de santé au cours de la dernière décennie, y compris les résultats de l’exercice 2010 des Comptes nationaux de la santé.

Par conséquent, le Maroc consacre une plus grande part de son PIB à la santé que de nombreux pays de la Région de la Méditerranée orientale qui ont un même niveau de développement économique, s’élevant à 6,2 % en 2010 (Figure 2). Néanmoins, la part des paiements directs du total des dépenses de santé au Maroc reste élevée (53,6 % en 2010) - en dépit de la baisse qui a été enregistrée au cours des dernières années (Figure 3). Ce taux élevé de paiements directs expose les ménages à des niveaux élevés de catastrophe financière et d'appauvrissement et creuse les inégalités. Une étude menée en 2001 a révélé que près de 2 % des ménages marocains font face à une catastrophe financière et que près de 1,4 % se sont appauvris, à la suite de paiements directs consacrés aux soins de santé. Ce taux reste sensiblement plus élevé que celui observé dans d'autres pays de la Région de la Méditerranée orientale à revenu intermédiaire où des études similaires ont également été menées (Figure 4). La part élevée des paiements directs reste le principal défi auquel fait face le financement de la santé au Maroc, appelant à renforcer les accords existants de prépaiement et à améliorer la qualité des soins en vue de répondre aux besoins de la population.

**Tableau 4 : Indicateurs des dépenses de santé, 2000-2010**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année** | Dépenses totales de santé par habitant en USD | Dépenses totales de  santé en  % du Produit  intérieur brut | Dépenses  de santé publiques générales par habitant en USD | Dépenses  de santé publiques générales en % du total des dépenses publiques | Part du ministère de la Santé dans les dépenses totales de santé | Paiements directs en % des dépenses totales de santé |
| **2000** | 53,8 | 4,2 % | 15,8 | 4,0 % | 24,0 % | 54,1 % |
| **2001** | 57,5 | 4,4 % | 18,5 | 4,4 % | 24,6 % | 51,8 % |
| **2002** | 72,8 | 5,3 % | 18,9 | 5,0 % | 21,3 % | 60,5 % |
| **2003** | 87,9 | 5,3 % | 23,3 | 5,0 % | 21,9 % | 60,0 % |
| **2004** | 98,7 | 5,2 % | 27,1 | 5,1 % | 22,6 % | 59,1 % |
| **2005** | 99,0 | 5,1 % | 28,1 | 4,7 % | 23,3 % | 59,8 % |
| **2006** | 111,9 | 5,2 % | 36,7 | 5,9 % | 19,4 % | 58,0 % |
| **2007** | 125,5 | 5,2 % | 45,6 | 6,9 % | 23,1 % | 55,0 % |
| **2008** | 147,4 | 5,2 % | 54,3 | 6,5 % | 22,8 % | 54,5 % |
| **2009** | 151,5 | 5,2 % | 58,7 | 7,2 % | 25,4 % | 52,9 % |
| **2010** | 181,0 | 6,2 % | - | 7,6 % | - | 53,6 % |

Source : Base de données de l’OMS sur les dépenses mondiales de santé [[7]](#footnote-7)

**Figure 2 : Dépenses totales de santé en pourcentage du produit intérieur brut dans un groupe d’États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, 2010 (%)**



**Figure 3 : Tendances de la part des paiements anticipés et des paiements directs**

**sur le total des dépenses de santé (%)**



**Figure 4 : Pourcentage de ménages marocains faisant face à une catastrophe financière et à un appauvrissement en comparaison avec certains États Membres   
de la Région de la Méditerranée orientale à revenu moyen**

**

Actuellement, plusieurs régimes de financement de la santé existent et couvrent près de 70 % de la population marocaine appartenant à différentes catégories socio-économiques. Ceux-ci sont détaillés dans l'analyse ci-dessous.

* **Aspects organisationnels du financement de la santé**

Le Maroc s’est engagé à atteindre la couverture sanitaire universelle, formulée en 2002 par la loi   
no65-00 sur « la couverture médicale de base », et réaffirmée dans l'article 31 de la nouvelle Constitution de 2011. La loi 65-00 a institué deux grands principes de financement des services de santé dans le pays : premièrement, le droit à la santé grâce à un accès équitable à un ensemble essentiel de services de santé et, deuxièmement, l’introduction de mécanismes de partage des risques basés sur les contributions individuelles. Ceci s'est matérialisé par la mise en place de deux principaux régimes de protection sociale : I) l’Assurance-maladie obligatoire de base (AMO), qui a été effectivement introduite en 2005, et II) le Régime d'Assistance médicale (RAMED), qui a été testé dans une région en 2008 (couvrant 240 000 personnes) et qui a été progressivement élargi depuis 2012 pour couvrir l'ensemble du pays. En fin de compte, les deux régimes sont censés couvrir les besoins essentiels en matière de soins de santé de 62 % de la population marocaine - 34 % en vertu de l'AMO et 28 % du RAMED. Couvrir la population dans le secteur informel qui n'a pas droit au RAMED reste un défi pour le développement de la couverture de santé à l'ensemble de la population marocaine.

* L’Assurance-maladie obligatoire (AMO) :

L’AMO est un régime d'assurance sociale de santé, contributif, basé sur les principes de mutualisation des risques, qui cible les individus ayant la capacité nécessaire pour payer. Il est généralisé à cinq catégories de la population : a) les employés du secteur public, b) les salariés du secteur privé formel, c) les retraités recevant des pensions, d) les anciens combattants, et e) les étudiants. Il est administré par deux institutions : la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) et la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS).

La CNOPS est responsable du plus grand régime de prépaiement obligatoire au Maroc, qui couvre les employés actifs et retraités du secteur public et les personnes à charge, y compris les conjoint(e)s, les enfants de moins de 21 ans, les étudiants célibataires jusqu'à 26 ans, et les enfants handicapés qui seront couverts à vie. Les personnes couvertes par la CNOPS bénéficient de l'hospitalisation, des soins ambulatoires (y compris les services de laboratoire, de radiologie et d'imagerie médicale, etc.), des soins de longue durée et des médicaments. La CNOPS assume directement le coût des soins dispensés par des paiements directs aux prestataires ou rembourse à l'utilisateur les frais engagés. Les personnes couvertes par la CNOPS doivent s’acquitter d’une quote-part restante qui est exemptée dans certains cas où l'état de santé du patient nécessite un traitement de longue durée ou lorsque le coût des soins nécessaires est trop élevé. En cas d'hospitalisation, les paiements sont généralement faits directement par la CNOPS au prestataire des soins en milieu hospitalier. Alors que le coût des soins dans les hôpitaux publics est entièrement couvert par la CNOPS, seuls 70 % des coûts des médicaments, 80 % des coûts des soins ambulatoires et 90 % du coût de l'hospitalisation dans un établissement privé, sont couverts.

La CNSS gère le régime obligatoire des salariés et retraités du secteur privé formel. Elle dispose d'un ensemble relativement complet de services qui comprend l'hospitalisation, les soins ambulatoires pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans, la santé maternelle (les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals), 90 % des coûts de traitement de longue durée dans les hôpitaux publics, 70  % du coût des soins hospitaliers et ambulatoires dans le secteur privé, et 70 % du coût des médicaments.

* Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) :

*Le* Régime d'Assistance médicaleest basé sur les principes de solidarité nationale et d'assistance sociale des populations économiquement démunies et vulnérables. Il a été introduit pour remplacer un ancien régime qui servait à couvrir les besoins de santé des populations démunies, à travers ce qui s'appelait alors le « Certificat d'indigence ». Ce dernier permettait au segment pauvre de la population d’avoir accès aux soins de santé essentiels à l'aide d'un certificat délivré par les localités. Le nouveau régime RAMED adopte une approche fondée sur les droits aux soins de santé alors que le système précédent de « Certificat d'indigence » retenait une approche fondée sur les besoins. Il permet à ses bénéficiaires de bénéficier d'un accès gratuit aux services de santé, qui sont disponibles dans les hôpitaux publics et les centres de santé, s’ils sont inclus dans l’ensemble prédéfini de services. La valeur ajoutée du RAMED est l'amélioration de l'accès aux soins hospitaliers qui sont mis à la disposition des personnes affiliées à ce régime. Avant le RAMED, la population avait accès uniquement aux soins de santé de base qui étaient dispensés gratuitement dans les centres de soins. Pour le moment, le RAMED ne couvre pas les services dispensés dans le secteur privé.

LeRégime d'Assistance médicalea été expérimenté en 2008 dans une région pilote (« TadlaAzilal »), puis généralisé en 2012 au reste du pays. Des mécanismes de ciblage sont établis pour permettre d'identifier les populations indigentes sur la base d’un examen des moyens d'existence. Deux catégories de personnes sont couvertes par le RAMED, à travers les contributions versées par l'État et les collectivités locales. Celles-ci comprennent les « pauvres » (ayant un revenu quotidien en dirhams inférieur à 1,25 PPA par rapport au dollar US) et les « personnes vulnérables » (ayant un revenu quotidien inférieur à 1,5 PPA), 1 PPA étant équivalent à 9 dirhams.

Les familles admissibles reçoivent une carte qui est valable trois ans et qui leur donne le droit d'accéder gratuitement aux services de santé publics. La catégorie des « pauvres » reçoit la carte pour une période de 3 ans gratuitement, tandis que la catégorie « vulnérables » doit payer 120 dirhams par personne par an, avec un plafond de 600 dirhams par ménage par an. Par conséquent, cette dernière catégorie préfère obtenir la carte sur une base annuelle. Une fois totalement mis en œuvre, le RAMED devrait couvrir près de 8,5 millions de personnes, soit 28 % de la population marocaine. En novembre 2012, le nombre d’affiliations au RAMED s’élevait à 1,836 million. Il devient de plus en plus reconnu que les critères d'admissibilité et d'identification du RAMED sont plus développés que ses mécanismes de financement et de remboursement.

Un organisme de réglementation « l’Agence nationale d'assurance-maladie » (ANAM) a été créé en vertu de la loi n°65-00 avec pour mandat de veiller à la mise en œuvre adéquate du texte de loi et de veiller à la solvabilité financière des différents régimes obligatoires, en apportant le soutien technique et réglementaire requis. Actuellement, l'ANAM est également responsable de la gestion de la mise en œuvre du RAMED.

L'élargissement de la couverture au secteur informel (environ 10 millions d'individus) constitue un défi majeur pour l'avenir du financement de la santé au Maroc. Ceci nécessite soit la création d'une   
nouvelle structure institutionnelle, similaire aux institutions qui gèrent le régime AMO, soit d'intégrer les employés du secteur informel au sein des institutions déjà établies, en particulier la CNOPS. Des discussions sont en cours pour mettre en place un système pour les indépendants appelé (AMI) « Assurance Maladie des Indépendants ». En outre, certains régimes privés d'assurance couvrent un faible pourcentage de la population (4 à 5 %).

La fonction d'achat reste sous-développée, avec un ensemble de services non-standardisés principalement dispensés dans les établissements du secteur public ou passivement sous-traités   
auprès du secteur privé. On note également que les mécanismes d'allocation des ressources au sein du ministère de la Santé aux régions, localités et niveaux de soins, doivent être réexaminés, afin   
d'améliorer l'équité et l'efficience dans l'utilisation des ressources de santé limitées.

La Figure 5 donne un aperçu global des mécanismes de financement de la santé au Maroc.

**Principaux défis en matière de financement**

* Traduire les aspirations énoncées dans l'amendement de la Constitution, reconnaissant l’accès aux soins de santé comme droit, en une vision, une stratégie et une feuille de route bien articulées pour accélérer la progression vers une couverture sanitaire universelle.
* Réduire la part des paiements directs qui reste très élevée, exposant les ménages au risque de catastrophe financière et d'appauvrissement. Le niveau élevé des paiements directs constitue un obstacle majeur au passage à la couverture sanitaire universelle (CSU) et à la mise en place de systèmes de santé équitables dans le pays.
* Augmenter les niveaux actuels de financement de la santé publique pour garantir la continuité de la couverture de la population indigente
* Élargir la couverture au secteur informel (plus de 10 millions de personnes), en particulier, aux individus et aux ménages non éligibles au RAMED.
* Augmenter la demande pour les différents niveaux de services de soins de santé suite à une couverture élargie.
* Mettre en place des accords efficaces d’achat et de paiement des prestataires, avec une séparation claire entre les prestataires et les acheteurs en vertu d’accords contractuels efficaces, de manière à améliorer l'utilisation optimale des ressources de santé.
* Aligner la structure de gouvernance et le système de gestion du RAMED avec l’ensemble des systèmes organisationnels de financement de la santé dans le pays.

**Figure 5: Aperçu des systèmes de financement de la santé au Maroc**

**Dispositif Institutionel**

**Régime**

**Nature de la Couverture**

**Réglementation**

**Qui ?**

**Quoi ?**

**Prestataire de services ?**

**Paiement?**

# Personnels de santé

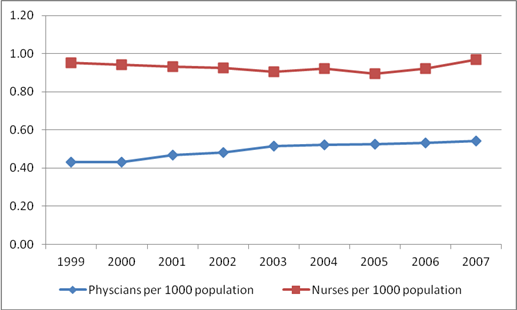
La pénurie de personnels dans le secteur de la santé est un problème bien connu et documenté à maintes reprises au Maroc[[8]](#footnote-8), qui figure parmi les 57 pays identifiés dans le Rapport sur la santé dans le monde 2006[[9]](#footnote-9) comme étant en situation de crise de personnel (densité du personnel inférieure à 2,3 pour 1 000 habitants). Le manque de personnels de santé est un problème de longue date et semble persister avec des changements modestes ou limités au cours de la période 1999-2007 [Tableau 5], où une augmentation du nombre de médecins de 44 % et du nombre d’infirmières de 16 % a été enregistrée. Par rapport à la population totale du Maroc, la densité de médecins, y compris ceux qui travaillent dans les secteurs public et privé, est passée de 0,43 à 0,54 pour 1 000 habitants au cours de cette période. La tendance de la densité d'infirmières au cours de la même période a été variable, comprise entre 0,89 et 0,97 pour 1 000 habitants. Ce n'est que depuis 2004 qu'une augmentation constante – même si elle est insuffisante - de leur densité [Figure 6] a été observée. En moyenne, le nombre de médecins augmente de 4,7 % et celui d’infirmières de 1,9 % par an.

Les chiffres détaillés des personnels de santé ne sont pas disponibles pour la période 2008-2012. La meilleure estimation fournie par le ministère de la Santé pour l'année 2012 fait état de 21 286 médecins et de 31 015 infirmières dans le pays. En termes de densité du personnel, elle se traduit par un taux de 0,66 médecins et de 0,96 infirmières pour 1 000 habitants. Ces deux cadres constituent la principale composante de densité du personnel et lorsque combinée, la densité se situe bien en dessous du chiffre de référence de 2,3 personnels de santé pour 1 000 habitants. Le problème de pénurie des personnels de santé a été signalé par de nombreux responsables nationaux comme étant l’un des plus grands défis du système de santé.

**Tableau 5: Augmentation du nombre de médecins et d’infirmières pour la période 1999-2007**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année** | **Médecins** | | | **Infirmières** | | |
| **Secteur public** | **Secteur privé** | **Total** | **Secteur public** | **Secteur privé** | **Total** |
| **1999** | 6216 | 6431 | 12647 | 26239 | 2016 | 28255 |
| **2000** | 7215 | 5812 | 13027 | 26174 | 2152 | 28326 |
| **2001** | 7519 | 6795 | 14314 | 26389 | 2185 | 28574 |
| **2002** | 8109 | 6861 | 14970 | 26569 | 2262 | 28831 |
| **2003** | 9268 | 7039 | 16307 | 26277 | 2431 | 28708 |
| **2004** | 9603 | 7172 | 16775 | 26802 | 2876 | 29678 |
| **2005** | 9544 | 7644 | 17188 | 25721 | 3540 | 29261 |
| **2006** | 9731 | 7945 | 17676 | 26109 | 4569 | 30678 |
| **2007** | 10006 | 8263 | 18269 | 26532 | 6157 | 32689 |

Source : Ministère de la Santé 2010



Médecins pour 1000 habitants

Infirmières pour 1000 habitants

**1,20**

**1,00**

**0,80**

**0,60**

**0,40**

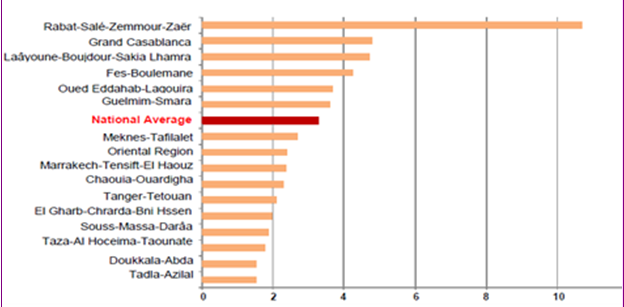
**0,20**

**0,00**

**Figure 6 : Tendance concernant la densité des médecins et infirmières au Maroc   
pour la période 1999-2007**

Distribution des personnels - La pénurie de personnels de santé est aggravée par leur mauvaise distribution, qui représente un autre défi important au Maroc. La Figure 7 illustre la variation de la densité de médecins à travers les 16 régions géographiques en 2008. Près de 10 régions ont des densités inférieures à la moyenne nationale, tandis qu'une région (Rabat) compte une densité de médecins cinq fois supérieure à la moyenne nationale. Le problème est plus accentué pour des spécialités essentielles, telles que les soins obstétricaux, la psychiatrie et les soins intensifs. Les chiffres qui reflètent la disparité des personnels entre les milieux urbains et ruraux n'étaient pas disponibles. Cependant, il a été mentionné que de nombreuses unités de santé de base dans les zones rurales n’auraient pas le médecin ou les deux sages-femmes nécessaires au fonctionnement de ces établissements ruraux de soins de santé primaires. L'absence d'incitations suffisantes pour attirer les personnels de santé ou les fidéliser dans les zones rurales est une raison importante pour expliquer la mauvaise redistribution des personnels. Les médecins en général préfèrent travailler dans les zones urbaines où les opportunités d'emploi privées sont meilleures, et c’est aussi le cas pour le Maroc. Le fait que plus de 40 % des spécialistes au Maroc travaillent exclusivement dans le secteur privé alors que la majorité de ceux qui restent dans le secteur public exerce massivement et parallèlement leur profession dans un cabinet privé (double pratique) corrobore cette observation. Cette double pratique est interdite et le ministère de la Santé a récemment pris des mesures pour l'empêcher.

**Figure 7: Ratio personnel de santé-population par région au Maroc**



**Moyenne nationale**

Médecins pour 10 000 habitants Source : Ministère de la Santé

Le profil des personnels révèle deux autres contraintes. La première est une claire distorsion de l’éventail des qualifications avec un ratio médecins/infirmières de 1:1.3, et l’importance largement disproportionnée du rôle des médecins dans le système. La deuxième contrainte concerne le vieillissement des personnels de santé. Par exemple, 40 % des personnels dans la région de Chaouia-Ouardigha ont plus de 50 ans [Figure 8], tandis que l'âge officiel de la retraite dans le pays est fixé à 60 ans. Il faudrait vérifier si la même situation existe dans d'autres régions du pays, et si c'est le cas, une action urgente est nécessaire.

*Production de personnels* - Il existe actuellement quatre écoles de médecine dans le pays, à Rabat, Casablanca, Marrakech et Ouajda - qui relèvent toutes du secteur public - et qui produisent collectivement 900 médecins tous les ans. L'ouverture d'une nouvelle école de médecine est prévue à Agadir, mais la date n'a pas encore été fixée de manière définitive. Il n'existe pas d’écoles de médecine dans le secteur privé. Le gouvernement s'est fixé pour objectif d'augmenter la production nationale annuelle de médecins pour atteindre 3,300 d’ici 2020. L’augmentation de la production se fera en doublant les admissions dans les écoles existantes (ce qui s’est déjà produit à Rabat) et par l'ouverture d'un nombre indéterminé de nouvelles écoles de médecine.

Source : Départment des Ressources humaines, Direction de la santé de la région Chaouia-Ouardigha

**Figure 8 : Répartition du personnel par âge dans la région de Chaouia-Ouardigha**

Vingt-trois établissements publics forment simultanément des infirmières et d’autres professionnels de santé. Ces établissements opèrent sous la supervision du ministère de la Santé et produisent collectivement près de 1 400 diplômés tous les ans. Le gouvernement envisage de doubler la production d'infirmières et de professionnels de santé à 3 000 par an, mais il n’existe pas encore de plans détaillés sur la manière de parvenir à ce résultat[[10]](#footnote-10).

Il a été signalé qu'il y a plus de 130 écoles privées qui forment des infirmières et autres professionnels de santé, récemment créées dans le pays, et le ministère de la Santé dispose d’informations limitées au sujet de leurs normes ou du nombre de diplômés qu'elles produisent chaque année. L'ouverture récente de postes du secteur public aux infirmières et autres professionnels de santé diplômés d’écoles privées a été une source de tension et d'inquiétude au sein des employés du secteur public.

La gestion et le déploiement des personnels - Plusieurs questions critiques ont été identifiées en matière de gestion des personnels de santé. Ces questions sont regroupées sous les rubriques suivantes : la performance et la motivation, la réglementation et les migrations.

* Faible performance et manque de motivation dans le système de prestation public : La disparité des revenus entre certains professionnels de santé dans le secteur privé et ceux du secteur public, le chevauchement d’emplois pour certains professionnels de santé (principalement les médecins) dans les deux secteurs, les politiques de rémunération rigides et les mauvaises pratiques de gestion et de responsabilisation sont sans doute à l’origine de la faible productivité et des plaintes au sujet des pratiques de corruption dans le système.
* Faible mécanisme réglementaire pour la formation de base des personnels : les normes de formation avant l’emploi des médecins et du personnel paramédical sont déterminées par les critères établis par le ministère de l'Enseignement supérieur et le ministère de la Santé, respectivement. Les directives actuelles ne sont pas assez spécifiques ou méticuleuses pour garantir la qualité du processus de formation dans les domaines de plus en plus diversifiés. Il est urgent d’œuvrer en faveur du développement d’un/de système(s) national(aux) d'accréditation, en particulier compte tenu de l'apparition rapide d’établissements privés de formation pratiquement non réglementés - avec plus de 130 écoles privées d’infirmières et de personnels paramédicaux.
* Les migrations des personnels de santé : alors que les migrations des personnels sont susceptibles d'être un facteur important de la faible densité des personnels de santé au Maroc, il n'existe pas de chiffres officiels ou de données sur ce problème dans le pays. Toutefois, selon le rapport de l'OCDE sur les personnels de santé migrants dans les pays de l’OCDE, 44 600 médecins et infirmières dans les pays de l'OCDE sont originaires d'Afrique du Nord, dont au moins 7 000 médecins marocains.[[11]](#footnote-11)

**Principaux défis en matière de personnel de santé**

* Absence de vision claire ou de plans stratégiques pour les personnels de santé : compte tenu de la situation des personnels de santé dans le pays et les nombreux défis et risques, un cadre stratégique pour faire face aux problèmes de personnel est nécessaire.
* Manque d’informations systématiques et complètes sur les personnels de santé
* Faible densité et distribution inégale du personnel de santé : avec une densité de personnels de 1,7/1000 habitants, la capacité du pays à développer de manière significative la prestation des services est fortement limitée. Les faibles augmentations de production des personnels envisagées par le ministère de la Santé ne sont pas suffisantes pour combler rapidement l'écart en matière de densité de personnels et sont susceptibles d'être contrebalancées à court terme par le nombre élevé de personnels qui atteindront l’âge de la retraite comme l’indique le profil des personnels de santé. Le nombre annuel de postes que le ministère de la Santé est autorisé par le ministère des Finances à recruter est de 2 300, un nombre à peine supérieur au nombre de personnels de santé qui partent à la retraite chaque année, et ne conduira pas à l'augmentation appropriée du nombre de personnels de santé.
* La mauvaise distribution des personnels aggrave de plus en plus la pénurie de personnels dans les zones rurales et reculées, et joue un rôle important dans les inégalités persistantes en matière d'accès de la population rurale. L’extrême dépendance à l’égard de médecins qui mettent plus de temps à se former et qui sont les plus difficiles à fidéliser dans les zones rurales rend peu probable une solution rapide à ce problème.
* Parmi les autres défis à relever : la longue période de formation des spécialistes et la gestion centralisée des personnels de santé.

# Prestation de services

Le système de santé marocain est organisé selon une structure pyramidale, avec des centres de soins de santé primaires publics et privés et des cliniques qui constituent le premier niveau de recours pour les patients. Ils fournissent des services de prévention ainsi que des soins curatifs ambulatoires. Le deuxième niveau se compose d’hôpitaux publics locaux et provinciaux et de cliniques/polycliniques privées spécialisées. Les troisième et quatrième niveaux comprennent les hôpitaux régionaux et universitaires, respectivement. Ceux-ci se trouvent dans les villes de Rabat, Casablanca, Fès et Marrakech, avec un cinquième hôpital universitaire établi à Oujda. Le ministère de la Défense gère ses propres hôpitaux et services. Au fil des ans, le secteur privé s'est développé progressivement, mais il fonctionne indépendamment de la surveillance réglementaire de l'État.

* *Infrastructure des soins de santé :*

Le réseau d’établissements de soins primaires publics comprenait 2 626 établissements de santé dans les zones urbaines et rurales en 2010. La plupart de ces établissements sont dirigés par un médecin et fournissent des soins de prévention, de promotion ainsi que des traitements ambulatoires. La distance qui sépare les individus des centres de santé reste grande, 20 % de la population vivant à une distance de plus de 10 kilomètres d’un centre de soins primaires, avec un accès limité aux services de proximité.

Un ensemble minimum de soins existe et est bien défini au niveau primaire. Certains services (par exemple, la vaccination, la prise en charge des maladies diarrhéiques, des maladies respiratoires, le suivi de la grossesse, la prévention et le traitement des MST et la tuberculose) sont dispensés « gratuitement » au niveau primaire. En outre, la santé dentaire de base, les maladies chroniques, la santé mentale, la planification familiale, les soins obstétricaux et la surveillance épidémiologique figurent parmi les autres principaux services dispensés au niveau primaire.

Les niveaux d’orientation-recours sont a) les hôpitaux locaux et provinciaux, b) les hôpitaux régionaux, et c) les hôpitaux universitaires (Rabat, Casablanca, Fès, Marrakech et Oujda). Le secteur public compte 142 hôpitaux avec un total de 22 146 lits. La plupart des 360 hôpitaux privés sont basés dans les grandes villes et représentent 10 300 lits. Outre les interactions institutionnelles pour répondre à des besoins spécifiques (par exemple, la santé génésique, l'hémodialyse, etc.), le partenariat entre secteurs public et privé permet de faire face à certains besoins urgents. En ce qui concerne les hôpitaux publics (n = 142), la plupart d'entre eux (86,6 %) sont « des Services de l'État gérés de manière autonome » (SEGMA). Ils représentent respectivement 84 % et 38 % du nombre de lits dans les hôpitaux de médecine générale et spécialisée. Chaque province possède au moins deux hôpitaux publics.

* *Organisation et gestion*

La planification de l'ensemble des infrastructures publiques (centres de santé et hôpitaux) relève de la responsabilité du ministère de la Santé. Les régions ont été de plus en plus impliquées dans la fourniture de données sur la répartition des infrastructures. Afin de répondre à la demande croissante, et d’évaluer la disponibilité des ressources dans chacune des 16 régions, un Schéma régional d'organisation des soins (SROS) a été mis au point. Ce dernier constitue le schéma global suivant lequel les établissements de soins primaires et les réseaux d'hôpitaux sont consolidés et construits. Ceci devrait conduire à une baisse des disparités géographiques en termes d'accessibilité, en particulier dans les zones rurales, et réduire l'inadéquation entre la demande et l'offre de services.

Il existe encore au Maroc un grand nombre de programmes spécialisés (environ 30), qui génèrent des problèmes en termes de prestation de services (manque d'intégration), mais aussi sur le plan de l'inefficacité et de la gestion des informations nécessaires pour suivre les progrès réalisés eu égards aux différents problèmes de santé.

Le secteur privé a gagné en importance depuis les années 80 et 90, en particulier dans les grandes villes et concerne à la fois les soins ambulatoires et hospitaliers. Les cliniques privées et les hôpitaux privés dispensent des soins de base et/ou spécialisés (par exemple, médecine générale, cardiologie, néphrologie, hémodialyse, pédiatrie, obstétrique, etc.)

D'après les différentes conversations que les membres de l’équipe ont eues au cours de la mission, il ressort qu'au cours des 10 dernières années, une importance croissante a été accordée aux problèmes de santé émergents, notamment aux maladies chroniques. Il convient de signaler que certaines mesures comme l'établissement d'un partenariat public-privé pour les soins de l’insuffisance rénale terminale ont été financées grâce au budget du ministère de la Santé, ce qui démontre la volonté du ministère de la Santé de s’engager activement dans la lutte contre les maladies chroniques.

* *Utilisation et couverture des soins de santé*

Le taux d'utilisation des services curatifs reste remarquablement faible avec 0,6 nouveau cas par personne par an. En raison de la mise en œuvre des mécanismes d'assurance nouvellement conçus (voir la section sur le financement), le niveau d'utilisation des services primaires devrait augmenter. Les mécanismes de contrôle de l'accès, l'augmentation du budget alloué aux médicaments conduisant à une meilleure disponibilité, la réhabilitation des établissements primaires, l'amélioration des niveaux d'équipement, et la tendance à avoir une pratique de la médecine familiale sont autant d’éléments qui devraient améliorer à la fois la quantité et la qualité des services de soins primaires dans les années à venir.

Si nous nous référons à l’Observatoire régional des systèmes de santé de la Méditerranée orientale, de bons résultats ont été obtenus au Maroc en termes de tendances en matière de prestation de services et de disponibilité des infrastructures.

En ce qui concerne les activités dans les hôpitaux publics, les indicateurs suivants sont intéressants pour la période 2010/2011: 1) 120 hôpitaux publics (sur un total de 142) dispensent des services d'urgence et environ 4 millions de consultations (≈ 100 consultations/1 000 habitants), 2) les consultations spécialisées externes ont représenté 2,2 millions en 2010 dans 142 hôpitaux publics ; et 1,5 million d'hospitalisations ont été enregistrées, dont 30 % dans les services de garde. Ces chiffres confirment l'utilisation relativement faible des établissements de santé au Maroc. La durée moyenne de séjour est de 4 jours, avec un taux moyen d'occupation des lits de 62 %. Le nombre total d'interventions chirurgicales était de 320 587, dont près de 50 000 césariennes. Les hôpitaux effectuent 78 % des accouchements assistés par un personnel qualifié.

Bien que l'utilisation et la disponibilité des services soient plus faibles que dans des pays comparables, la performance du système de santé a certainement contribué à de bons résultats en termes d'impact sur l'état de santé de la population : le taux de mortalité maternelle est passé de 359 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1979 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Bien que moins spectaculaire, la diminution du taux de mortalité infantile est également importante, passant de 91 à 30 décès pour 1 000, au cours de la même période.

**Tableau 6 : indicateurs de couverture des services**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Couverture des services** | **2006** | **2008** | **2010** |
| Soins prénatals assistés par un personnel qualifié | 55 % | 60 % | 80 % |
| Accouchements assistés par un personnel qualifié | 51  % | 68  % | 74  % | |
| Nourrissons vaccinés par BCG | 90 % | 99 % | 100 % |
| Nourrissons vaccinés par le DTC3 | 88 % | 96 % | 98 % |
| Nourrissons complètement vaccinés | 85 % | 92 % | 95 % |
| Lits pour 10 000 habitants  [Classement par région] |  |  | 6,95  [2,8-11,5] |
| Hospitalisations (millions) | 1,14 | 1,29 | 1,50 |
| Accouchements (en milieu hospitalier) | 280 132 | 312 917 | 373 450 |

* *Inégalités en termes de résultats sanitaires et de services de soins de santé*

Malgré les améliorations importantes de l'ensemble des indicateurs de l'état de santé, des écarts importants subsistent entre les populations urbaines et rurales en termes de résultats sanitaires et accès aux services de santé. La Figure 9 met l'accent sur les écarts constatés entre zones urbaines et rurales en termes de taux de mortalité infanto-juvénile, de prévalence de la malnutrition et des maladies chroniques, et de prestation de services de soins de santé maternelle au Maroc.

* **Principaux défis en matière de prestation de services**

Le profil épidémiologique donne une idée claire de l’importance croissante que les soins de longue durée, les traitements coûteux, et les procédures de diagnostic revêtiront pour répondre aux exigences de la charge de morbidité au Maroc qui connait un changement rapide. Ceci a des implications qui doivent être prises en considération pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle dans le pays. En dépit des progrès significatifs signalés, d'importants défis restent à relever, comme par exemple :

* *Les inégalités en termes d'accès aux services de soins primaires* avec des établissements qui se trouvent dans certaines régions trop éloignées des lieux de vie de la population, qui manquent de personnels, et exigent de longues heures d'attente (barrière organisationnelle), ou qui ne sont pas conformes aux préférences de la population sur le plan culturel et des sexospécificités (barrière culturelle) ;
* *La qualité des soins dans les hôpitaux et les établissements de soins primaires* est variable, souvent mauvaise, et il n’existe pas de programmes d'assurance qualité ou d'accréditation ;
* Le *secteur privé*, qui s’est développé considérablement au cours de la dernière décennie n'est pas bien réglementé, d’où des problèmes liés à la qualité des soins et au coût ;
* La population mieux informée a des attentes croissantes, auxquelles la dispensation de soins de santé doit répondre de manière croissante ;
* Dans certaines régions, l’on observe des problèmes de manque de personnel dans les établissements, d'absentéisme et de corruption.

**Figure 9 : Écarts constatés entre zones urbaines et rurales en termes de taux de mortalité infanto-juvénile ; de prévalence de la malnutrition et des maladies chroniques, et de prestation de services de soins de santé maternelle au Maroc [exprimés en %]**

****

****

****

****

Source : *Enquête nationale sur la Population et la Santé familiale* (ENPSF) 2011, ministère de la Santé au Maroc

Les mécanismes de contrôle de l'accès, l’augmentation des budgets alloués aux médicaments, conduisant à une meilleure disponibilité, la réhabilitation des établissements de soins primaires, l'amélioration des niveaux des équipements, et la tendance à la pratique de la médecine familiale sont autant de facteurs qui devraient améliorer tant la quantité que la qualité des services primaires dans les années à venir. Ceci est complété par des initiatives récentes en matière de qualité (comme le « *concours qualité*»), qui aide le ministère de la Santé à maintenir le niveau de la qualité le plus élevé possible en récompensant les établissements et / ou les services qui améliorent la qualité des soins.

# Médicaments et produits pharmaceutiques essentiels

Avant la mission d'évaluation du système de santé, un consultant de l'OMS[[12]](#footnote-12) a effectué un examen du secteur pharmaceutique au Maroc. L'objectif était d'analyser la situation pharmaceutique actuelle dans le pays ; d’élaborer un projet de politique pharmaceutique nationale conformément aux politiques de l'OMS, et de préparer un plan de mise en œuvre avec des résultats mesurables.

Une évolution positive a été observée au sein du gouvernement pour améliorer l'accès aux soins de santé, y compris aux médicaments. Une analyse a été effectuée pour évaluer la situation en termes d’atouts et de faiblesses ainsi que d’opportunités et de menaces. Les principales conclusions peuvent être résumées de la manière suivante:

* Atouts
  + Nombreuses lois et nombreux règlements bien développés sont en vigueur
  + Industrie pharmaceutique nationale très développée (près de 40 usines)
  + Laboratoire de contrôle de la qualité parfaitement opérationnel bien, pré-qualifié par l'OMS
  + Grand intérêt politique à promouvoir l'accès universel grâce à l'assurance-maladie obligatoire
  + Investissements financiers considérables dans l'achat public de médicaments et la gestion des pharmacies publiques
* Faiblesses
  + Les prix des médicaments sont 2 à 3 fois plus élevés au Maroc que dans la plupart des pays voisins, principalement en raison de l'absence de concurrence par des produits génériques de qualité
  + Les dépenses pharmaceutiques en pourcentage des dépenses totales de santé sont trop élevées pour le niveau de développement du pays (40 %)
  + La direction de la réglementation et du contentieux souffre d’un manque de personnels et de ressources financières ; les lois et règlements en vigueur ne sont pas appliqués
  + La distribution publique et les ventes privées de médicaments sont mal gérées (un grand nombre de pharmacies, outre les ventes directes par les cliniques privées et les médecins)
  + De nombreux conflits d'intérêts, par exemple au sein des comités de sélection, des comités d'adjudication ; la plupart des médecins sont soumis à des pratiques promotionnelles agressives.
* Opportunités
  + La nouvelle Constitution consacre le droit aux soins de santé pour tous
  + La politique actuelle du gouvernement vise à étendre l'assurance-maladie obligatoire
  + Décision récente du ministère de la Santé de réduire les prix de 1 500 médicaments
  + Attentes légitimes de la population en termes d'accès aux soins de santé, dans le cadre du processus de démocratisation en cours
  + Importants investissements publics dans l'achat et la distribution gratuite de médicaments
  + Nécessité de rationaliser les dépenses publiques sur les médicaments et de protéger les ressources financières futures des organismes d'assurance-maladie
* Menaces
  + Pouvoir de lobbying du secteur, des pharmaciens et des médecins et de leurs associations
  + Manque de transparence et de bonne gouvernance et absence d'une bonne gestion des conflits d'intérêts
  + Lenteur des procédures de préparation et de promulgation des lois et règlements, et le manque d'application

# Système d’information sanitaire

Le système d'information sanitaire au Maroc est supervisé et orienté par le *Plan directeur du Système national d'information sanitaire et d'utilisation des nouvelles technologies d'informations et de la communication (SNIS /NTIC)*, qui a été développé en 2005 par le ministère de la Santé. Le SNIS/NTIC sert de cadre de référence pour tous les systèmes d'informations sur la santé dans le pays et vise à :

1. promouvoir la maîtrise de l'information sur toutes les questions liées à la santé ;
2. introduire des méthodes modernes de collecte de données et leur traduction en informations et connaissances utiles ;
3. rationaliser l'organisation et la gestion des systèmes d'information et aider à établir des systèmes d'information intégrés et ;
4. assurer la qualité et la comparabilité des données et informatiser progressivement les systèmes d'information par la mise à niveau des principales applications.

En dépit de son existence depuis de nombreuses années, le Plan directeur n'est pas devenu pleinement opérationnel. De nombreuses lacunes entravent sa mise en œuvre, y compris les éléments suivants:

* L’existence d’importants problèmes liés à la qualité des données recueillies et compilées, et de longs retards dans la transmission des données. Il convient cependant de noter que le système de surveillance des maladies fonctionne bien dans de nombreuses régions ;
* Le fait que de nombreux systèmes parallèles de collecte de données fonctionnent côte à côte et comprennent des données de surveillance épidémiologique liées à des programmes spécifiques de santé publique, et des données sur les services curatifs et consultations provenant d’établissements de soins de santé primaires et d’hôpitaux ;
* L’existence de nombreux problèmes techniques et organisationnels au niveau provincial, ce qui accentue davantage les retards dans la transmission aux niveaux supérieurs.

Depuis 1997, le ministère de la Santé publie un rapport annuel sur l'état de santé de la population appelé « Santé en Chiffres », qui passe en revue les indicateurs de performance des programmes pour les soins primaires et secondaires. Le rapport présente certaines lacunes en termes de précision des déclarations, auxquelles il faut remédier.

Une évaluation récente menée par le ministère de l'Intérieur sur le *système d’enregistrement et de statistiques des faits d'état civil* a montré plusieurs lacunes, notamment le sous-enregistrement des naissances, en particulier dans les zones rurales la sous-déclaration des décès, la notification de causes inexactes de décès et le codage inadéquat des décès qui ne répond pas aux normes de la CIM-10.

Cette situation a abouti à la mise en œuvre de mesures visant à améliorer la sensibilisation et à adopter une approche multisectorielle avec la participation des ministères de l'Intérieur, de la Justice, de la Santé, des ONG et du Haut Commissariat au Plan. Un programme extensif de formation du personnel chargé de l’inscription et de l'enregistrement des décès est en cours de préparation. Dans le cadre du système de surveillance des décès maternels, les décès de femmes âgées de 15 à 49 ans sont systématiquement signalés, ce qui n'est cependant pas le cas pour les nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans.

Les Enquêtes nationales sur la population et la santé familiale sont menées tous les 5 à 6 ans. Ces enquêtes constituent la principale source d’informations sur les ménages et d’informations sur le secteur privé de la santé.

Un progrès suffisant dans le domaine du cyberapprentissage n'a toujours pas été réalisé malgré l’investissement important dans l'acquisition d'outils (logiciels) et d’équipements. Les données sont partagées entre les différents niveaux (établissements, provincial, régional et central) à travers l’Intranet du ministère de la Santé et autres applications informatiques spécialisées pour la dispensation de soins de santé (système BOSS), fourniture de médicaments, budgets (système GID) et ressources humaines. Malgré le développement de ces applications, l'échange de données sur support papier reste systématique. Un nouveau programme de cyberapprentissage est actuellement en phase pilote (formation des formateurs), et mis en œuvre par l'Institut de formation aux carrières de santé (IFCS) à Rabat.

De manière générale, l’utilisation de l'information pour le processus décisionnel est inappropriée. Ceci est particulièrement vrai dans les Régions. Les administrateurs et les gestionnaires n'ont pas encore utilisé de manière adéquate l'Observatoire régional de la Santé. Un manque de coordination est à noter entre les différents destinataires de données sur le terrain. La transmission tardive de données des niveaux inférieurs n’appuie pas le processus décisionnel aux niveaux supérieurs.

* **Principaux défis liés aux systèmes d’information**

Compte tenu de ce qui précède, les principaux défis suivants peuvent être identifiés :

* La nécessité de rendre opérationnel le Plan directeur pour le système national d'information Sanitaire et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication.
* La nécessité de mieux intégrer les systèmes d'information parallèles opérant séparément.
* La nécessité d’apporter les améliorations nécessaires au *système d’enregistrement et de statistiques des faits d'état civil*, y compris au système de notification des décès et de leurs causes.
* La nécessité de développer la cybersanté et de veiller à ce que les investissements réalisés dans l'acquisition de logiciels et d'équipements soient utilisés de manière optimale.

# Synthèse des défis et priorités du système de santé

Le principal défi auquel est exposé le système de santé au Maroc est *d'accélérer les progrès vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle* grâce à la prestation de services de soins de qualité. Pour ce faire, plusieurs défis liés au système de santé doivent être relevés de façon concomitante. Ci-après, les principaux défis à relever :

* Renforcer la capacité du ministère de la Santé à formuler et évaluer des politiques et des plans basés sur des preuves et à réglementer le secteur de la santé.
  + La participation de secteurs, autres que celui de la santé, au développement et à la mise en œuvre de plans nationaux et de diverses initiatives de développement de la santé, doit être renforcée, et des mécanismes efficaces sont nécessaires pour mettre en place une action multisectorielle.
  + Atteindre un niveau adéquat et durable de financement et réduire la part des paiements directs. La part élevée des paiements directs effectués directement par des individus sur le lieu de dispensation des soins au Maroc représente 53,6 % des dépenses totales de santé. Les niveaux élevés des paiements directs exposent les ménages aux risques de catastrophes financières et d'appauvrissement, et sont un obstacle majeur à la couverture sanitaire universelle et aux systèmes de santé équitables dans la plupart des pays.
* Renforcer l’aide possible du secteur privé de la santé à la santé publique et le réglementer pour garantir la qualité et éviter les mauvaises pratiques.
  + Le secteur privé est en concurrence avec le secteur public en matière de prestation de services de soins primaires et de niveaux supérieurs au Maroc. La gamme de services fournis est variable, les normes sont discutables, la réglementation est faible, et il n'existe pas suffisamment d'informations sur la charge financière assumée par les utilisateurs de ces services. Le rôle du secteur privé doit être mieux défini ; son potentiel et ses capacités doivent être mieux exploités, et les aspects liés à sa qualité et ses coûts doivent être mieux réglementés.
* Développer un personnel de santé en nombre suffisant, motivé, bien réparti et géré, disposant de la combinaison appropriée de qualifications
  + La densité globale du personnel de santé au Maroc est de 1,7 pour 1000 habitants, ce qui est bien en-dessous du chiffre de référence de 2,3 travailleurs de santé qualifiés pour 1000 habitants. Il n’existe pas de vision claire ou de plans stratégiques pour le personnel de santé. La pénurie de personnels dans les zones rurales et reculées est encore aggravée par la mauvaise répartition du personnel. De sérieux défis sont sous-jacents et sont liés à la gouvernance, à la coordination avec les parties prenantes, à l’information et aux preuves pour le processus décisionnel.
* Adopter des modèles de médecine familiale réalisables pour la prestation de services de soins primaires
  + La mise en place d'un modèle de médecine familiale qui fonctionne bien pour la prestation de soins de santé fait face à de nombreux défis, y compris au manque de médecins de famille, d’infirmières et d’autres praticiens bien formés ; à la mauvaise répartition du personnel de santé et à l'engagement insuffisant avec les hôpitaux pour fournir le soutien nécessaire.
* Renforcer les systèmes d'information sanitaire, y compris l’enregistrement des faits d’état civil, la surveillance des facteurs de risque et de morbidité et la performance des systèmes de santé
  + Les systèmes d'information sanitaire sont confrontés à des défis en termes de qualité et de délai de transmission des données. Une duplication et fragmentation de la collecte des données et une absence de validation rigoureuse sont observées dans les différents programmes. Des doutes subsistent au sujet de l'enregistrement crédible des naissances et des décès, et la plupart des systèmes ne signalent pas les causes complètes et exactes de décès.
* Améliorer l'accès et l'utilisation rationnelle des technologies et médicaments essentiels
  + Le prix des médicaments est plus élevé au Maroc que dans la plupart des pays voisins (2 à 3 fois plus cher), principalement en raison de l'absence de concurrence des produits génériques de qualité. Les dépenses sur les médicaments en pourcentage des dépenses totales de santé sont trop élevées pour le niveau de développement du pays (40 %). La direction de la réglementation et du contentieux souffre d’un manque sérieux de personnels et de ressources financières ; les lois et règlements en vigueur ne sont pas appliqués. La distribution publique et les ventes privées de médicaments sont mal gérées (grand nombre de pharmacies, outre les ventes directes par les cliniques privées et les médecins). De nombreux conflits d'intérêts, par exemple au sein des comités de sélection, des comités d'adjudication ; la plupart des médecins sont soumis à des pratiques promotionnelles agressives.

# Orientations stratégiques et principales mesures à prendre

* **Développer une vision et une stratégie pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle**

Le ministère de la Santé s’est engagé à accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Le RAMED et d'autres régimes d'assurance-maladie ont été mis en place pour augmenter la couverture de la population en services de santé essentiels. L’amendement récent de la Constitution en vertu duquel l’accès aux soins de santé a été reconnu comme droit humain fondamental a offert une occasion unique au ministère de la Santé d'accélérer les progrès. Cela peut être fait grâce à la présentation d'une vision claire, d’une approche stratégique et d’une feuille de route pour la réalisation d’une couverture sanitaire universelle. La feuille de route doit tenir compte des différents défis liés au financement, à la prestation de services, aux personnels de santé et à la gouvernance ; elle doit traiter les inégalités existantes en matière de santé, et obtenir la participation des parties prenantes dans les secteurs public et privé, au développement de la vision et de la mise en œuvre des stratégies.

Mesures à prendre :

* Organiser un colloque national visant à développer et à diffuser l'approche stratégique pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle ;
* Faire de la couverture sanitaire universelle l'objectif principal du prochain plan quinquennal stratégique à moyen terme ;
* Préparer un document de politique générale qui intègre des aspects, outre le financement de la santé, tels que l'accès aux soins de santé de qualité, l'augmentation rapide des personnels de santé, un suivi efficace des progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle, et une meilleure gouvernance aux niveaux central et régional.
* **Renforcer la capacité du ministère de la Santé en matière de formulation et d'évaluation des politiques et plans fondées sur des bases factuelles, et règlementer le secteur de la santé**

Le ministère de la Santé au Maroc dispose d'une structure organisationnelle élaborée. Il existe un système bien établi pour le développement de plans quinquennaux à moyen terme. Plusieurs défis restent à relever en matière de suivi et de mise en œuvre des plans, de réglementation du secteur privé et d’engagement multisectoriel.

Mesures à prendre :

* Mettre en place un comité consultatif multisectoriel présidé par le Ministre de la Santé avec des rôles et des fonctions clairement définis, et obtenir la participation d'autres secteurs connexes tels ceux de l'enseignement, l'environnement, l'alimentation et la nutrition, et les représentants du secteur privé. Le comité devrait guider les réformes pour la réalisation d’une couverture sanitaire universelle.
* Renforcer les capacités de service de planification et mettre en place des instruments pour surveiller la mise en œuvre du plan stratégique basé sur l'utilisation des ressources et les réalisations de résultats. Cela nécessitera: i) le renforcement des capacités des personnels dans les services de planification aux niveaux central et régional, ii) l'amélioration des outils de surveillance, iii) une meilleure utilisation des systèmes d'information sur la santé, iv) le recrutement de spécialistes en matière d'évaluation et de surveillance; et v) la préparation de rapports annuels.
* Renforcer la direction de la règlementation et du contentieux au niveau central et développer les capacités au niveau régional pour faire respecter les règlements et les normes liés aux lois sur la santé publique et au secteur privé de la santé en vue d'améliorer la qualité des soins.
* Restructurer le département central du ministère de la Santé pour être en phase avec l'évolution du système de santé et faciliter la bonne mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de santé.
* Développer une politique de décentralisation claire et des stratégies d’habilitation pour habiliter la périphérie et faciliter la mise en œuvre de politiques nationales de santé au niveau périphérique.
* Donner les moyens nécessaires au *Bureau de l'Inspecteur Général* pour lui permettre d’aller au-delà de son rôle actuel d’investigation des plaintes, ou déléguer la responsabilité à un département qui soit habilité à prendre des mesures contre les contrevenants, afin d'améliorer l'application des règlements et des normes, et de renforcer la transparence et la reddition de comptes.
* Élaborer des manuels et des directives qui définissent clairement la redistribution des pouvoirs, la responsabilité et la reddition de comptes entre les niveaux central et régional du secteur de la santé publique, et renforcer les capacités des directeurs régionaux pour exercer le pouvoir décentralisé.
* **Atteindre un niveau adéquat et durable de financement et réduire la part des paiements directs sur la santé**

La part élevée des paiements directs reste une grande source d'inégalité dans le système de santé et un défi majeur entravant la réalisation de la couverture sanitaire universelle, en augmentant le risque de catastrophe financière et d'appauvrissement d'une partie importante de la population. Des efforts ont été déployés en vue d’étendre la couverture en introduisant des régimes financés par le gouvernement, ciblant les pauvres et les plus vulnérables. Néanmoins, des défis restent à relever en matière de collecte des ressources suffisantes pour la santé de manière équitable et de leur utilisation de manière efficace pour fournir les soins nécessaires.

Mesures à prendre :

* Entreprendre une analyse institutionnelle et organisationnelle complète du système de financement de la santé au Maroc, en utilisant l’outil OASIS de l'OMS (analyse organisationnelle pour améliorer et renforcer le financement de la santé) ; afin de déterminer les goulots d'étranglement restants qui sapent la performance des trois fonctions du financement de la santé, à savoir la collecte, la mise en commun et l’achat.
* Améliorer le dialogue sur la politique entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances en vue de mobiliser davantage de ressources humaines et financières pour la santé, et augmenter les allocations budgétaires des administrations publiques affectées à la santé de 7,6 % en 2010 à 10 % en 2015 - la Déclaration d'Abuja appelle les pays de l'Union africaine à allouer au moins 15 % de leur budget public général à la santé.
* Étendre la couverture du RAMED à l'ensemble de la population éligible (près de 8,5 millions de personnes) et mettre en place un dispositif institutionnel approprié pour la gestion de son administration indépendamment de l'ANAM, qui continuerait à exercer la fonction de gouvernance en harmonie avec les autres régimes obligatoires de protection sociale.
* Envisager des options alternatives pour couvrir les travailleurs dans le secteur informel, non éligibles au RAMED, en les intégrant dans les régimes obligatoires préexistants − de préférence sous les contrôles administratifs de la CNOPS.
* Mettre en place des mécanismes d'achats stratégiques et des méthodes innovantes de paiement des prestataires comme moyen pour gérer les dispositifs contractuels entre les prestataires de soins et les différents régimes de protection financière. L’on pourrait envisager d'introduire le paiement par la capitation pour les soins primaires et un système de paiement par cas pour les services en milieu hospitalier.
* Renforcer l'Unité d’économie de la santé au sein du ministère de la Santé en la dotant de l'expertise capable de procéder à toutes les analyses nécessaires pour informer toute décision de financement de la santé. Ceci doit comprendre la réalisation des examens périodiques des dépenses et des études d'évaluation actuarielles, économiques et des études d’évaluation de l’équité, nécessaires pour faciliter la progression et le suivi.
* Optimiser l'utilisation de preuves générées par les différents cycles des Comptes nationaux de la santé en les intégrant dans le processus décisionnel, et œuvrer à leur institutionnalisation. Le passage au nouveau système de comptes de la santé (CNS 2011) contribue à générer des preuves pour les politiques en vue de sous-tendre la réforme du financement de la santé au Maroc.
* **Renforcer l’aide potentielle du secteur privé de la santé à la santé publique, et la règlementer pour garantir la qualité et empêcher les mauvaises pratiques**

S’il est utilisé correctement, le secteur privé peut aider à appuyer les objectifs de santé publique au Maroc. Cela nécessiterait une politique de « la carotte et du bâton », par la mise en place de mesures incitatives et d’une régulation efficace.

Mesures à prendre :

* Entreprendre une cartographie exhaustive du secteur privé de la santé à travers les 16 régions et déterminer la qualité, le coût, la gamme et l'étendue des services offerts.
* Conclure des partenariats avec le secteur privé en développant des programmes de collaboration ou des dispositifs contractuels en vue d’améliorer l'accès dans les zones rurales et reculées. Ceci nécessitera un programme bien étudié d'achat stratégique de services essentiels et l'adoption de méthodes de paiement innovantes.
* Obtenir la participation des associations de prestataires privés de soins de santé [médecins, pharmaciens, hôpitaux] au comité consultatif et aux décisions relatives au secteur privé pour accroître l’adhésion.
* Développer et appuyer des programmes de formation pour les prestataires de soins privés et lier la participation à ces programmes au renouvellement de leur homologation.
* **Développer un personnel de santé en nombre suffisant, motivé, bien réparti et géré, disposant de la palette de compétences adéquate**

Le personnel de santé reste le moteur du système de santé. Le Maroc est un pays en situation de crise en matière de personnels de santé. Pour relever ce défi majeur, une politique claire de mise en œuvre effective est nécessaire.

Mesures à prendre :

* Définir une vision et approche stratégique pour le développement du personnel dans le pays et s'engager à cet égard en vue d’orienter le développement du personnel à moyen et long termes.
* Compte tenu de la faible densité du personnel dans le pays, le profil démographique du personnel et la vulnérabilité à l’émigration hors du pays, il est impératif que des mesures soient prises pour accroître la production des différentes catégories de personnels.
* Adopter des stratégies et mesures différentes visant à encourager la fidélisation des professionnels de la santé dans les zones rurales, en appliquant les directives de l'OMS concernant ce processus de fidélisation.
* Utiliser des outils et des approches systématiques pour mieux définir les problèmes de personnels et prévoir les besoins en personnel et les normes de dotation en personnel (par exemple, l'observatoire du personnel, prévision du personnel, l'analyse du marché du travail et les outils normatifs de dotation en personnel).
* Entreprendre une étude approfondie afin de définir et de consigner le volume, les dynamiques et l'impact des migrations des personnels au Maroc.
* Envisager l'adoption d’approches de transfert des tâches pour accroître le rôle des infirmières et autres professionnels de santé auxiliaires en particulier pour assumer des responsabilités en matière de dispensation de soins dans les zones où il est difficile de détacher ou de fidéliser des médecins.
* **Adopter des modèles de médecine familiale réalisables pour la prestation de services de soins primaires.**

Au cours des 10 dernières années, une importance croissante a été accordée à la transition sanitaire et aux problèmes de santé émergents, à savoir les maladies chroniques. Gardant à l'esprit les forces des approches globales en matière de prestation de services de santé, le chemin vers une couverture sanitaire universelle met l’accent sur les différents obstacles à l'accès aux services de santé. Ceux-ci sont principalement liés à la fragmentation des systèmes de soins de santé (ce qui est toujours une réalité dans le contexte marocain et rappelle la nécessité d’avoir des soins et des services intégrés), et à l'absence d’approche axée sur les personnes, considérée comme l'un des aspects de la qualité des soins qui s’appuie sur les besoins de santé et les attentes des personnes et des communautés plutôt que sur les maladies, et qui suppose un contact entre le patient et le médecin ainsi qu’une attention portée à la santé des personnes au sein de leurs communautés.

Mesures à prendre :

* Passer en revue les différents modèles de prestation de services actuellement utilisés dans le pays et envisager d'adopter la médecine familiale comme le principal mode de prestation des soins de santé. L'approche devrait se concentrer sur des aspects tels que la continuité des soins ; l’approche axée sur le patient ; l’orientation-recours et les informations en retour ; la prestation d’un ensemble de services essentiels, basés sur la charge de morbidité ; et les méthodes de paiement et de remboursement qui sont liés aux systèmes de financement existants.
* Promouvoir la formation des médecins de famille pour la prestation de services de soins de médecine familiale en adoptant des programmes de formation à court terme [programmes de formation de courte durée en cours d’emploi destinés aux médecins généralistes] et des programmes de formation plus longs [programmes de formation avant l’emploi] pour les jeunes professionnels.
* Accorder une attention particulière à la qualité et à la sécurité des soins dans les secteurs public et privé au niveau des soins primaires et supérieurs, en mettant en place un programme national d'accréditation et / ou en adoptant une approche de gouvernance clinique. Ceci est essentiel pour le succès de tout régime d'assurance-maladie.
* Explorer des options de partenariat public-privé en sous-traitant la prestation d'un ensemble défini de services financés par l’État auprès de prestataires privés à but lucratif et non lucratif. S’assurer que la sous-traitance est basée sur un processus compétitif, transparent et qu’elle est bien analysée.
* Mettre en place un système d'information qui surveille l'accès aux services de soins primaires des quintiles de revenus inférieurs, des groupes vulnérables et des personnes vivant dans les zones rurales reculées. Cela est primordial pour combler les inégalités en matière d'accès aux soins de santé essentiels.
* **Renforcer les systèmes d'information sanitaire y compris l’enregistrement des faits d’état civil, la surveillance des facteurs de risque et de la morbidité et la performance des systèmes de santé.**

Parmi les principaux défis à relever, on compte la nécessité de la mise en œuvre du Plan directeur du Système national d'information sanitaire, une meilleure intégration des systèmes d'information parallèles, l'amélioration des systèmes d’enregistrement des faits et des statistiques d'état civil et une meilleure notification des décès et de leurs causes, et la mise en place de systèmes connexes de cybersanté.

Mesures à prendre :

* Renforcer l'Unité d'information sanitaire au sein du ministère de la Santé et lui conférer le rôle de rassembler toutes les informations générées par tous les systèmes d'information. Cette unité devrait recueillir des informations sur la surveillance et le suivi des maladies, la performance du système de santé, suivre de manière croissante l'information sur les risques sanitaires et les déterminants de la santé.
* Entreprendre une évaluation complète de l'état actuel des systèmes d’enregistrement des faits et des statistiques d'état civil au Maroc et inviter les parties prenantes des ministères de la Santé et de l'Intérieur, des autorités régionales et des municipalités, à élaborer un plan pour leur renforcement. Mettre en place un système pilote d'enregistrement dans des zones déterminées avant de l’étendre à d’autres régions.
* Rationaliser l'utilisation de la cybersanté en élaborant une stratégie nationale avec la participation d’autres secteurs connexes, et se concentrer sur l'informatisation dans les hôpitaux, la télémédecine dans les régions reculées, et la collecte de données sur le terrain à l'aide des technologies de cybersanté à l’appui des systèmes d'information, des enquêtes et de la surveillance.
* **Améliorer l'accès et l'utilisation rationnelle des technologies et médicaments essentiels.**

Le prix élevé des médicaments, les dépenses importantes sur les médicaments qui peuvent atteindre jusqu'à 40 % des dépenses totales de santé, le manque de personnel à la direction de la réglementation et du contrôle pharmaceutique, l'absence de mise en œuvre des lois existantes et les problèmes de gouvernance liés à la sélection, aux appels d’offres et aux processus d’achat sont les principaux défis liés aux médicaments essentiels.

Mesures à prendre:

* Accepter et publier la politique pharmaceutique nationale, et préparer un Plan d'action 2013-2017 pour sa mise en œuvre.
* Mettre en place un programme de bonne Gouvernance dans le Secteur pharmaceutique, basé sur le rapport de l'OMS de 2008, en mettant l'accent sur la promotion de la transparence et la bonne gouvernance dans la sélection, l'enregistrement, l'achat public et la prescription des médicaments.
* Développer et publier des directives thérapeutiques standard pour toutes les maladies courantes au Maroc, et mettre à jour la liste nationale des médicaments essentiels sur cette base.
* Créer une Agence du médicament semi-autonome pour se charger de la réglementation, de l'enregistrement, de l'inspection, du contrôle qualité et de la pharmacovigilance.
* Conclure des contrats avec des grossistes privés - par voie d’appel d'offres – pour la distribution de tous les médicaments fournis à tous les hôpitaux et centres de santé ruraux (arrêter les opérations de la centrale pharmaceutique, qui est très ancienne et insuffisante).
* Prendre toutes les mesures préparatoires pour l’introduction légale de médicaments génériques de substitution dans le secteur privé (législation, assurance qualité des produits génériques, incitations financières pour les pharmaciens et mobilisation et information des professionnels de santé et patients).
* Réduire le prix des médicaments sur le marché privé, en favorisant une véritable concurrence (réviser et publier les prix du secteur privé, et le prix de référence pour le remboursement, et encourager les médicaments génériques de substitution).

# Rôle et contribution de l’OMS et des partenaires

En tant qu’Organisation des Nations Unies chargée de la santé, l'OMS travaille avec les autorités nationales et les principales parties prenantes au Maroc dans les différents domaines identifiés ci-dessus. L'OMS devrait notamment :

* contribuer à l'organisation et au contenu du colloque national, y compris en appuyant l'élaboration du « Livre Blanc » et de la « Charte » ;
* continuer à fournir une expertise technique dans les domaines prioritaires du système de santé, tel qu’identifiés avec le ministère de la Santé, y compris dans les domaines de la planification, de la gouvernance, des ressources humaines, des systèmes d'information sanitaire, de la prestation de services et du financement de la santé ;
* Assurer la coordination avec d'autres partenaires afin d'apporter des réponses appropriées et complètes aux besoins du pays en termes d’appui technique ;
* Aligner la Stratégie nationale de coopération 2014-2019 entre le Royaume du Maroc et l'OMS, avec les priorités identifiées dans le « Livre Blanc » et la « Charte » ;
* Travailler avec les autorités nationales et les principaux partenaires afin d'améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données pour assurer le suivi et l'évaluation de la réponse et consigner les succès rencontrés.

# Annexes

# Annexe I : objectifs de la mission

Suite à la réunion avec le Ministre de la Santé du Maroc, qui a eu lieu au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale le 10 juin 2012, une lettre officielle datée du 22 août 2012 et émanant de Son Excellence a été reçue, demandant l’appui de l'OMS pour l’évaluation de la performance du système de santé au Maroc en préparation de la prochaine Conférence nationale marocaine sur le système de Santé. La Division du Développement des Systèmes de Santé au Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale a organisé une mission d'évaluation du système de santé pour évaluer les forces et les faiblesses du dispositif actuel au Maroc, et déterminer les orientations stratégiques afin d’améliorer la performance du système de santé et d’accélérer la réalisation de la couverture sanitaire universelle dans le pays.

Les objectifs de la mission figurant ci-après :

* Réaliser une étude documentaire approfondie et détaillée des principaux documents décrivant et analysant le système de santé au Maroc pour identifier les axes prioritaires nécessaires avant la visite.
* Organiser une visite au Maroc par une équipe de l'OMS, du Bureau régional et du Siège, pour travailler avec le ministère de la Santé afin d'évaluer les différentes composantes du système de santé par le biais d'observations, de discussions et d’entrevues.
* Engager un dialogue sur la politique avec les principales parties prenantes pour discuter des défis auxquels fait face le développement du système de santé au Maroc et identifier les possibilités d'amélioration.
* Discuter et contribuer à la conceptualisation et à la préparation de la prochaine Conférence nationale de la santé.

# Annexe II : Liste des personnes rencontrées et interviewées

**Liste des participants aux différentes réunions**

**Inspection Générale**

* Dr My Mustapha El Ismail Lalaoui : Inspecteur Général
* M. Lahcen Chtaibi : Collaborateur
* M. Mohamed Sahili : Collaborateur
* Dr Hamid Ait Bouhou : Collaborateur
* Dr El Hassan Belakbir : Collaborateur

**Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF)**

* M. Hazim Jilali : Directeur
* M. Mustafa Chouiter : Chef de la Division de la Planification et des Études
* M. Abderrahman Alaoui : Chef de la Division financière
* Mme Sanaa Cherqaoui : Chef du Service des organisations internationales et intergouvernementales
* Mme Lalla Aïcha Lamrani : Chef du service de la coopération bilatérale et régionale
* M. Anas Rihani : Division du RAMED

**Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA)**

* Dr Abdelali Alaoui Belghiti : Directeur
* Dr HafidHachri : Chef de la Division des soins ambulatoires
* Dr Bouqa : Chef de la Division des hôpitaux

**Direction de l’Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM)**

* Dr Omar Menzhi : Directeur
* Dr Hicham Berri : Chef de la Division des Maladies non transmissibles
* M. Rachid Wahabbi : Chef de la Division de l’hygiène du milieu
* M. Abdelaziz Barkia : Chef du service des maladies épidémiques
* Dr Ahmed Rguig : Chef du service de la surveillance épidémiologique

**Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC)**

* M. Zedmari : Chef de la Division de la réglementation

**Direction de la Population**

* Dr Khaled Lahlou : Directeur
* Dr Najat Gharbi : Chef de la Division de la Santé scolaire et universitaire
* Dr Nabil Bourquia : Chef de la Division de la Planification familiale
* Dr Yahyane : Chef de Division de la Santé maternelle et infantile

**Direction des Ressources Humaines (DRH)**

* M. Med-Youssef El Qabli : Directeur
* M. Anasse Amrani Joutei : Chef de la Division de la Formation
* Dr Hafid Abdelmajid : Chef de la Division de Gestion du Personnel
* M. Aissam Aboudlal : Chef de Service des Postes budgétaires
* M. Bouhafa Adnane : Chef de Service du Personnel administratif
* Mme Siham Habassi : Chef de Service du Personnel médical
* Mme Aicha Dahraj : Chef de Service du personnel paramédical
* Mme Halima Bouisselak : Chef de Service des affaires disciplinaires

**Direction des Médicaments et de la Pharmacie (DMP)**

* Dr Omar Bouazza : Directeur
* Dr Mohamed Zerhouni : Chef du service de suivi du secteur
* Dr Mohamed Amine Alaoui Belghiti : Pharmacien Inspecteur

**Institut national de l’Administration sanitaire (INAS)**

* Pr Abderrahmane Maaroufi : Directeur

**Division de la Communication**

* Dr Abdelghanie Drhimeur : Chef de la Division de la Communication
* Dr Hanan Fadlallah : Chef de Service de conception et de communication
* Mme Nabila Effina : Cadre de la Division

**Conseil National de l’Ordre National des Médecins**

* Pr M. Tahar Alaoui : Président

**Agence nationale de l’Assurance-Maladie (ANAM)**

* M. Tazi : Directeur
* Dr Farah Hajji : Chef du Service d’Etablissement des normes médico-techniques
* M. Hicham Mouhdi : Directeur des Études
* M. Younès Oikaoui : Directeur du Département Conventionnement et normalisation

**Direction régionale de la Santé de Chaouia Ouardigha**

* Dr Maaouni: Directeur régional
* Dr Zitouni : Délégué de la Province de Settat
* Dr Omar : Médecin-chef du SIAAP de Settat
* Dr Mustapha El Houssni  Directeur de l’Hôpital
* M. Said El Khaouri : Chef de Service des RH

**Direction régionale de la Santé de Rabat-Salé-Zemmour-Zair**

* Dr Salahdine Bennani : Directeur
* M. Idrissi : Secrétaire Général
* Dr Sentissi : Chef de Service de Santé publique
* M. Anagane : Chef de Service de Maintenance
* M. Aziz Ibrahimi : Chef de Service des Ressources humaines
* M. Yacoubi : Chef du Service financier

1. 1. Texte de la Constitution adopté lors du référendum du 1er juillet 2011, accessible à l’adresse suivante : http://www.maroc.ma/NR/rdonlyres/B4E91D55-9F14-4526-94A6-2665F12C9B54/0/BO\_5964BIS\_Fr.pdf. [↑](#footnote-ref-1)
2. La mission comprenait les personnes suivantes : le Dr Sameen Siddiqi, Directeur de la Division du Développement des systèmes de santé au Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; le Dr Yves Souteyrand, Représentant désigné de l'OMS au Maroc ; le Dr Ibrahim Abdelrahim, Coordonnateur, Division du Développement des systèmes de santé au Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; le Dr Denis Porignon, Expert en matière de politiques de santé, de gouvernance sanitaire, d’efficacité des politiques et de l'aide (HGS), Division Systèmes et services de santé : politiques et personnels (HPW), Siège de l'OMS, et le Dr Awad Mataria, économiste de la santé, Division du Développement des systèmes de santé, Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale . La mission a bénéficié de l’appui de M. Ahmed Chahir, Mme Samira Jabaland et M. Ghassane EL Falah du bureau OMS de pays au Maroc. [↑](#footnote-ref-2)
3. Observatoire régional de la santé du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale. Consulté à l'adresse: http://rho.emro.who.int/rhodata/, le 18 février 2013. [↑](#footnote-ref-3)
4. Enquête nationale démographique à passages répétés: 2009-2010 (ENDPR). Direction de la Statistique, Ministère de l'Économie et des Finances. [↑](#footnote-ref-4)
5. Banque mondiale. Maroc Présentation. <http://www.banquemondiale.org/fr/country/morocco/overview> [↑](#footnote-ref-5)
6. Bossert T [1998], “Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance” *[Analyse de la décentralisation des systèmes de santé dans les pays en développement : espace décisionnel, innovation et performance]*. *Social Science and Medicine*, 47(10): 1513-1527 [↑](#footnote-ref-6)
7. Base de données de l’OMS sur les dépenses mondiales de santé, accessible à l’adresse suivante : [www.who.int/nha/database](http://www.who.int/nha/database); consultée le 18 février 2013. [↑](#footnote-ref-7)
8. Étude de cas au Maroc : environnements des soins de santé au Maroc ; Dr Hassan Semali. [*www.who.int/workforcealliance/.../PPE\_Morocco\_CaseStudy.pdf*](http://www.who.int/workforcealliance/.../PPE_Morocco_CaseStudy.pdf) [↑](#footnote-ref-8)
9. Rapport sur la santé dans le monde 2006 ; <http://www.who.int/whr/2006/fr/> [↑](#footnote-ref-9)
10. Kingdom of Morocco Health Policy note towards a more equitable and sustainable health care system – policy challenges and opportunities; Policy Note (9104274) [↑](#footnote-ref-10)
11. Personnels de santé migrants dans les pays de l'OCDE [www.oecd.org/fr/els/mig/41515734.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf). [↑](#footnote-ref-11)
12. Pr Hans V. Hogerzeil, ancien Directeur de l'OMS pour les politiques en matière de médicaments essentiels et de produits pharmaceutiques [↑](#footnote-ref-12)